

Laurea-ammattikorkeakoulu
Laurea Otaniemi

Keuhkoahtaumatautipotilaan ohjauksen prosessi- kuvaus Keuhkosairauksien poliklinikalla

Katri Määttä
Jaana Niinikoski
Katariina Rautiainen
Opinnäytetyö
Hoitotyön koulutusohjelma
Maaliskuu, 2011

Katri Määttä, Jaana Niinikoski ja Katariina Rautiainen

Keuhkohtaumatautipotilaan ohjauksen prosessikuvaus

| | | | |
|-------|------|-----------|----|
| Vuosi | 2011 | Sivumäärä | 50 |
|-------|------|-----------|----|

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata keuhkohtaumatautipotilaan ohjauksen prosessi Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin Kolmiosairaalan Keuhkosairauksien poliklinikalla. Tavoitteena oli, että prosessikuvauksen avulla Keuhkosairauksien poliklinikka voi kehittää potilasohjaustaan. Opinnäytetyö toteutettiin Kolmiosairaala-hankkeessa. HUS Kolmiosairaala hanke on aloitettu vuonna 2003. Kolmiosairaala-hanke on yhteistyöprojekti HUS:n, Helsingin seudun yliopistollisen keskussairaalan, Medisiinisen tulosyksikön ja Laurea-ammattikorkeakoulu Otaniemen välillä.

Opinnäytetyön tutkimusmenetelmänä käytettiin kvalitatiivista eli laadullista tutkimusta. Aineiston keruu toteutettiin teemahaastattelulla, joka tehtiin haastatteleamalla Keuhkosairauksien poliklinikan kolmea sairaanhoitajaa ryhmänä. Haastattelun teemat olivat potilaan ohjauksen prosessi, ohjauksen menetelmät, ohjauksen sisällöt sekä ammattiryhmät, jotka osallistuvat ohjaukseen. Haastattelu nauhoitettiin ja haastattelusta saatu tieto litteroitiin. Aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä. Sisällönanalyysillä saaduista tuloksista piirrettiin keuhkohtaumatautipotilaan ohjauksen prosessikuvaus QPR ProcessGuide -ohjelmalla.

Opinnäytetyön analyysin perusteella keuhkohtaumatautipotilaan ohjauksen prosessi jakautuu kolmeen vaiheeseen: ohjauksen tarpeen määrittely, ohjauksen toteutus ja hoidon jatkuvuuden varmistaminen. Keuhkohtaumatautipotilaat käyvät Keuhkosairauksien poliklinikalla keskimäärin kaksi kertaa, jonka jälkeen heidän hoitonsa siirtyy perusterveydenhuoltoon. Potilasohjaukseen Keuhkosairauksien poliklinikalla osallistuvat lääkäri ja sairaanhoitaja sekä fysioterapeutti, kuntoutusohjaaja, ravitsemusterapeutti ja sosiaalityöntekijä. Tuloksissa keuhkohtaumatautipotilaan ohjauksessa keskeistä on, kuinka potilas voi itse omalla arkielämän toiminnallaan vaikuttaa sairauteen sekä potilaan jatkohoidon varmistaminen. Potilas voi vaikuttaa keuhkohtaumatautiin tupakoinnin lopettamisella, liikunnalla, painonhallinnalla, lääkityksellä ja pahenemisvaiheen hallinnalla. Keuhkohtaumatautipotilaita ohjataan yksilöllisesti heidän tarpeidensa mukaan. Ohjausmenetelminä sairaanhoitajat käyttävät yksilöohjausta, jossa ohjauksen sisällön opettamiseen käytetään suullista, kirjallista, demonstraatiota ja audiovisuaalista menetelmää.

Opinnäytetyöstä saatuja tuloksia ja prosessikuvausta voidaan hyödyntää toiminnan tarkastelussa ja kehittämisessä Keuhkosairauksien poliklinikalla.

Asiasanat: Ohjaus ja -menetelmät, prosessikuvaus ja keuhkohtaumatautipotilas

Katri Määttä, Jaana Niinikoski and Katariina Rautiainen

A process description of patient guidance in chronic obstructive pulmonary disease in the Clinic of Pulmonary Diseases

| Year | 2011 | Pages | 50 |
|------|------|-------|----|
|------|------|-------|----|

The purpose of the thesis was to describe the process description of patient guidance in chronic obstructive pulmonary disease in the hospital district of Helsinki and Uusimaa, Triangle Hospital, the Clinic of Pulmonary Diseases. The intention was that with the process description the Clinic of Pulmonary Diseases can develop their patient guidance. The thesis was carried out in Triangle Hospital -project, started in year 2003 in the hospital district of Helsinki and Uusimaa. The Triangle Hospital -project is a collaboration project between the hospital district of Helsinki and Uusimaa, Helsinki University Central Hospital, Medical profit-and-loss centre and Laurea University of Applied Sciences Otaniemi unit.

Qualitative method was used in implementing this thesis. The material was gathered with a theme interview, which was conducted by interviewing three nurses of the Clinic of Pulmonary Diseases in a group. The themes of the interview were the process of patient guidance, the methods of guidance, the contents of guidance and the professionals who participate in patient guidance. The interviews were recorded and the information gained from the interview was transcribed. The material was analyzed by using material-based content analysis. Based on findings in the content analysis, a process description of patient guidance in chronic obstructive pulmonary disease was created using QPR ProcessGuide -program.

Based on the analysis, patient guidance in chronic obstructive pulmonary diseases divided to three stages in the process description: the definition of the necessity in patient guidance, the completion of patient guidance and confirming the continuity of treatment. Patients with chronic obstructive pulmonary disease visit the Clinic of Pulmonary Diseases on average two times, and after that their treatment is relocated to primary health care. In the Clinic of Pulmonary Diseases a doctor and a nurse participate in the patient guidance. A physiotherapist, a rehabilitation instructor, a dietician and a social worker also participate in the patient guidance when required. In the patient guidance of chronic obstructive pulmonary disease the central idea is how a patient can have an effect on disease and to confirm the continuity of treatment with one's own actions in everyday life. One can affect chronic obstructive pulmonary disease by stopping smoking, exercising, controlling weight, using medication and controlling relapse phase. Patients with chronic obstructive pulmonary disease are guided individually based on their needs. As guidance methods nurses use individual guidance, which and the guidance contents are presented orally, in writing, and through demonstration and audio-visual methods.

The findings of the thesis and the process description can be used in observing and developing the procedures in the Clinic of Pulmonary Diseases.

Key words: Guidance and methods, process description and chronic obstructive pulmonary disease patient

Sisällys

| | | |
|-----|---|----|
| 1 | Johdanto | 5 |
| 2 | Keuhkohtaumatautipotilaan hoito | 6 |
| 3 | Potilasohjaus | 9 |
| 3.1 | Ohjaus ja ohjausmenetelmät | 9 |
| 3.2 | Keuhkohtaumatautipotilaan ohjaus | 12 |
| 4 | Prosessikuvaus | 14 |
| 5 | Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimuskysymykset | 15 |
| 6 | Opinnäytetyön menetelmälliset ratkaisut | 16 |
| 6.1 | Tutkimus- ja aineistonkeruumenetelmä | 16 |
| 6.2 | Aineiston analysointi | 18 |
| 7 | Opinnäytetyön tulokset | 21 |
| 7.1 | Ohjauksen prosessi ja ohjaukseen osallistuvat ammattiryhmät | 22 |
| 7.2 | Ohjauksessa käytettävät menetelmät..... | 31 |
| 7.3 | Keuhkohtaumatautipotilaan ohjauksen sisältö | 31 |
| 8 | Pohdinta | 34 |
| 8.1 | Opinnäytetyön eettisyys | 34 |
| 8.2 | Luotettavuus opinnäytetyössä | 36 |
| 8.3 | Opinnäytetyön tulosten tarkastelu | 38 |
| 8.4 | Kehittämisehdotukset ja jatkotutkimusaiheet | 40 |
| | Lähteet | 42 |
| | Liitteet | 45 |
| | Liite 1: Saatekirje sairaanhoitajalle | 45 |
| | Liite 2: Haastattelusuostumus | 46 |
| | Liite 3: Haastattelun teemat ja kysymykset | 47 |
| | Liite 4: Taustatietolomake | 48 |
| | Liite 5: Keuhkohtaumatautipotilaan ohjauksen prosessikuvaus | 49 |
| | Liite 6: Pedon käyrä | 50 |

1 Johdanto

Väestön ikääntyminen ja erityisesti suurten ikäluokkien kasvaminen vanhuusiikään lisäävät sekä kroonisen keuhkoputkitulehduksen, että keuhkohtaumataudin esiintyvyyttä. Ikärakenteeseen pohjautuva ennuste osoittaa, että hoitojaksot ja hoitopäivät saattavat lisääntyä vuoteen 2010 mennessä, miehillä jopa 50 prosenttia ja naisilla 12–24 prosenttia. Potilasmäärän kasvaessa se tulee tulevaisuudessa kuormittamaan terveydenhuoltoa. (Koskela 2005.)

Keuhkohtaumatauti on ilmaita ahtauttava sairaus, joka etenee hitaasti. Keuhkohtaumataudin aiheuttamat muutokset ovat palauttamattomia ja aiheuttavat huomattavaa haittaa vasta vanhuusiässä. Taudin tavallisimpia oireita ovat lisääntyvä yskä, liman erityys ja räsitushegengenhdistus. Keuhkohtaumataudin yleisin aiheuttaja on pitkään jatkunut tupakointi, ja viidesosa tupakoitsijoista sairastuu keuhkohtaumatautiin. Tupakoinnin ehkäiseminen ja lopettaminen ovat tärkeimmät keinot estää sairaus. (Koskela 2005.)

Käypä hoito -suosituksissa on selkeästi määritelty keuhkohtaumatautipotilaan ohjaus ja hoito erikoissairaanhoidossa sekä perusterveydenhuollossa (Käypä hoito 2009). Vuorovaikutussuhde sairaanhoitajan kanssa on tärkeä voimavara potilaan arkijaksamisessa. Sairaanhoitajan ohjauskeskustelu sisältää tietoa sairaudesta, sen ehkäisevästä hoidosta, lääkehoidosta ja kuntoutuksesta. (Kanervisto 2008, 26.)

Opinnäytetyö toteutettiin HUS Kolmiosairaala -hankkeessa, jossa yhteistyössä ovat Medisiininen tulosityksikkö, Active Life Village sekä Laurea-ammattikorkeakoulu. HUS Kolmiosairaala -hanke on aloitettu 2003. Meilahden sairaala-alueelle on rakennettu Kolmiosairaala, johon sijoittuu Medisiininen tulosityksikkö sisätautien erikoisaloiheen. Kolmiosairaala -hankkeen tarkoituksena on tutkia, kehittää ja tuottaa sairaalalle asiakkaan ohjaus- ja neuvontapalveluja, toimintaprosesseja ja ohjausmateriaaleja. (Helsingin ja uudenmaan sairaanhoitopiiri 2006.) Työelämäkumppanina hankkeessa toimi Keuhkosairauksien poliklinikka.

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata keuhkohtaumatautipotilaan ohjauksen prosessi HUS Kolmiosairaalan Keuhkosairauksien poliklinikalla. Prosessikuvaus tehdään työelämäkumppanin toiveesta. Prosessi kuvataan käytännön työn havainnollistamiseksi, jonka pohjalta toimintaa voidaan tarkastella ja kehittää (Laamanen 2007, 22–23; Lillrank, Kujala & Parvinen 2004, 92–97)

2 Keuhkohtaumatautipotilaan hoito

Keuhkohtaumatauti (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) on teollistuneissa maissa erityisesti miesten nopeasti kasvava ongelma. Tutkimusten mukaan Suomessa arvioidaan olevan 400 000 kroonista keuhkoputkitulehdusta sairastavaa, joista lähes puolet sairastaa oireita aiheuttavaa keuhkohtaumatauti. Näistä viidellä prosentilla on vaikea, vuosittain sairaalahoitoon johtava keuhkohtaumatauti. Suomessa keuhkohtaumatautiin kuolee vuosittain noin 1000 henkeä. (Kinnula, Brander & Tukiainen 2005, 141–143; Koskela 2005.)

Keuhkohtaumatauti kuuluu keuhkoja tukkeuttaviin sairauksiin. Keuhkojen pääasiallinen tehtävä on huolehtia hapen ja hiilidioksidin vaihdunnasta. Keuhkoissa kaasujen vaihto tapahtuu alveoleissa ja keuhkohtaumataudissa alveolit vaurioituvat niin, että ilmavirtaus heikentyy. Keuhkohtaumatauti määritellään kolmen eri tekijän sairauskompleksina. Kompleksiin liittyy krooninen keuhkoputkentulehdus, emfyseema eli keuhkolaajentuma ja krooninen etenevä ilmasteiden ahtauma eli hengitystieobstruktio. (Haug, Sand, Sjaastad & Toverud 1999, 342; Kauppinen 2006, 319; Kinnula ym. 2005, 352–353; Lahdensuo & Aho 2004.)

Keuhkohtaumataudin tärkein yksittäinen aiheuttaja on tupakointi. Nuorena aloitettu tupakointi on vaaratekijä keuhkohtaumatautiin sairastumiseen. Tupakoinnin määrä ja pitkäaikainen polttaminen vaikuttavat merkittävästi. Mitä runsaampaa savulle altistuminen on, sitä suurempi on keuhkohtaumatautiin sairastumisen vaara. Tupakoinnin lopettaneilla keuhkohtaumataudin riski vähenee kymmenessä vuodessa tupakoimattomien tasolle. Tupakoinnin ehkäisy on vaikuttava keino vähentää keuhkohtaumataudin esiintymistä. (Kinnula ym. 2005, 141–143; Käypä hoito 2009; Tukiainen 2009.)

Keuhkohtaumatauti voi olla pitkään oireeton tai oireita ei välttämättä huomata, koska elimistö mukautuu hitaasti kehittyviin muutoksiin. Keuhkohtaumataudin tavallisimpia oireita ovat hitaasti vuosien kuluessa lisääntyvä yskä, liman muodostuminen, liman nousu, hengityksen vinkuna ja rasisushengenahdistus. Hengenahdistus on yksi taudin vaikeimmista oireista ja se pahenee asteittain. Potilaan fyysinen aktiivisuus vaikeutuu koko ajan taudin edetessä. Keuhkohtaumatauti on pitkäaikainen hitaasti etenevä hengitysteitä ahtauttava sairaus, eikä sitä voida parantaa. Tautiin kuuluvat pahenemisvaiheet. Pahenemisvaiheessa taudin tavanomaiset oireet vaikeutuvat, hengenahdistus lisääntyy, ysköksiä erittyy enemmän ja niiden väri voi muuttua (Ek & Ternstedt 2008, 470; Kanervisto 2008, 15–23; Käypä hoito 2009.)

Keuhkohtaumatauti ja sen pahin oire, hengenahdistus, aiheuttaa potilaille monenlaisia ongelmia, esimerkiksi fyysistä ja psyykkistä väsymystä, fyysisen toimintakyvyn heikkenemistä, unettomuutta ja sosiaalista eristytymistä. Kaikki keuhkohtaumataudin oireet vaikuttavat jokapäiväiseen elämään ja selviytymiseen, kuten voimaa vaativiin tehtäviin, kotitöihin ja ystävien tapaamiseen. Kaupassa käynti, ulkona käyminen ja omasta hygieniasta huolehtiminen käyvät raskaiksi. Sairauden tuomat rajoitukset harmittavat ja oman itsenäisyyden menettäminen on potilaille vaikeaa. Arjesta selviytymättömyys aiheuttaa psyykkisiä ja sosiaalisia ongelmia, sekä saa aikaan yksinäisyyden tunnetta. Keuhkohtaumatautipotilas joutuu usein suunnittelemaan elämäänsä tarkkaan eteenpäin ja turvautumaan läheisten apuun. Sairaus vaikuttaa hyvin kokonaisvaltaisesti potilaan ja perheen elämään. Monesti loppuvaiheen keuhkohtaumatautia sairastava joutuu luopumaan omista arjen toiminnoistaan hengenahdistuksensa takia. (Ek & Ternstedt 2008, 470; Kanervisto 2008, 15–23; Käypä hoito 2009.)

Keuhkohtaumatauti todetaan varmimmin puhallus- eli spirometriatutkimuksella. Spirometriatutkimus mittaa keuhkojen toimintakykyä. Keuhkohtaumataudin diagnosoinnissa seurataan erityisesti FEV₁, eli suurin uloshengitetty ilmamäärä ensimmäisen sekunnin aikana puhalluksen aloittamisesta. (Haug ym. 1999, 342; Kauppinen 2006, 319; Kinnula ym. 2005, 352–353; Lahdensuo & Aho 2004.) Keuhkohtaumatautia seurataan myös valtimoveren happiosapaine-, PaO₂ ja happisaturaatio- ja SaO₂ -mittauksilla. (GOLD 2007, 1–2.) Yhtenä vaihtoehtona keuhkohtaumataudin seurantaan on Peak flow, joka on uloshengityksen huippuvirtaus. Sillä mitataan, kuinka nopeaan uloshengitykseen potilas pystyy syvän sisäänhengityksen jälkeen. Peak flow -seurantaa käytetään erityisesti lääkehoidon tehon seurannassa. (Mustajoki & Kaukua 2008.)

Keuhkohtaumataudin hoidon tavoitteena on säilyttää potilaan nykyinen elämänlaatu eli estää taudin eteneminen. Käypä hoito (2009) -suosituksen mukaan hoidolla pyritään vähentämään oireita, sairauden pahenemista, sairaalahoidon tarvetta ja pidentämään elinikäodotetta. (GOLD 2007, 4; Käypä hoito 2009.) Potilaan on hyvä tietää, ettei keuhkojen toiminta palaudu normaaliksi, mutta keuhkojen toiminnan huononemista voidaan hidastaa hyvällä hoidolla (Kanervisto 2008, 15–23).

Lääkkeettömässä hoidossa ensisijainen keuhkohtaumataudin hoito on tupakoinnin lopettaminen. Suositukset kannustavat panostamaan tupakoinnin aloittamisen ennaltaehkäisyyn (GOLD 2007, 8; Käypä hoito 2009). Tupakoinnin lopettamiseen kannattaa valmistautua hyvin. Terveystieteiden tutkimuskeskuksessa ja apteekeissa on asiantuntevaa henkilökuntaa, jotka voivat auttaa etsimään potilaalle sopivia vieroitusmenetelmiä.

Arkielämässä hyvällä ravitsemuksella, säännöllisellä liikunnalla ja tarvittaessa laihduttamisella vaikutetaan sairauden hoitoon ja ehkäisyyn. Ylipainoa kannattaa välttää, koska se aiheuttaa ongelmia keuhkojen tilavuuteen. Hyvästä ravitsemuksesta täytyy pitää huolta, koska keuhkohtaumataudissa hengittäminen vaatii ylimääräistä energiaa ja tämä saattaa aiheuttaa alipainoisuutta. Ravitsemusterapeutin ja fysioterapeutin apua kannattaa käyttää painonhallintaan. Keuhkohtaumatautipotilaille on yleistä, että liikunnan harrastaminen vähentyy hengenahdistuksen takia. Liikunta on tärkeää potilaalle, koska se parantaa fyysistä suorituskkyä, vahvistaa hengitysilhaksia, lieventää hengenahdistusta ja voimattomuutta, lisää liman irtoamista, sekä lieventää depressiota. Limaisuuden hoidossa auttaa fysioterapeutti. Hän opettaa esimerkiksi mekaanisen liman tyhjennysyskimisen ja puhalluspulloon puhaltamisen. Hengenahdistukseen auttavat oikeat hengitystekniikat ja huulirakohengitys. Kohtalaisen vaikeasta ja vaikeasta keuhkohtaumataudista kärsiville sekä yli 65-vuotiaille sairastuneille suositellaan influenssarokotteita ja pneumokokkrokotetta. Keuhkohtaumataudin hoitoon voidaan käyttää kirurgista hoitoa, keuhkojen siirtoa tai pienennystä, mutta nämä ovat vain hyvin valikoiduille potilaille. (Käypä hoito 2009.)

Käypä hoidon (2009) suosituksissa kerrotaan, että oireeton keuhkohtaumatautipotilas ei tarvitse lääkehoitoa. Lääkehoito korostuu oireisella ja usein sairaalahoitoa vaativalla potilaalla. Lääkehoitona käytetään keuhkoputkia laajentavia lääkkeitä, jotka helpottavat ahdistusoireita. Keuhkohtaumatautiin ei niinkään käytetä tulehdusta lieventäviä kortikosteroidilääkkeitä, ellei niillä ole oireisiin kunnon vastetta. Satunnaisesti oireilevat potilaat hoidetaan avaavalla lyhytvaikutteisella antikolinergillä. Jatkuvammin oireileville annetaan pitkävaikutteisempia laajentavia lääkkeitä, ensisijaisesti tiotropiumia. Jos näillä ei ole vastetta, voidaan käyttää beeta₂-agonisteja ja yhdistää niitä tiotropiumiin ja pieniin määriin teofylliiniä. Lääkehoidosta hyötyvät eniten taudin pahenemisvaiheessa olevat. (Kanervisto 2008, 15–23; Käypä hoito 2009.) Oireet saattavat vaikeutua hetkellisesti hengitystieinfektion yhteydessä, joten potilaiden infektiot pyritään hoitamaan mahdollisimman tarkasti. Infektion aikana potilas saattaa tarvita sairaalahoitoa ja tulehduksen hoitoon käytetään kortisoni- ja antibioottihoitoa. (Haug ym. 1999, 342; Kauppinen 2006, 319; Kinnula ym. 2005, 352–353; Lahdensuo & Aho 2004.)

Taudin myöhäisvaiheessa kehittyä hapenpuute, kun hiilidioksidi ja happi eivät pääse enää vaihtumaan. Keuhkohtaumatautipotilaalla valtimoveren hapen osuus vähenee, joka aiheuttaa kudosten hapen puutetta, tämän hoitoon käytetään happilisää. Potilaan saturaationa pyritään pitämään yli 90 %. Taudin myöhäisvaiheessa voidaan käyttää kotihappihoitoa, jonka ohjauksen antaa kuntoutusohjaaja. Happihoitoa harkitaan, kun potilaan valtimoverikaasuissa todetaan vaikea hapenpuute. Happihoito aloitetaan vain tupakoimattomille potilaille. Happihoitoa saavat potilaat ovat riippuvaisia hapestä, sen mukana kuljettaminen on ongelmallista ja vaatii etukäteissuunnittelua. (Ek & Ternstedt

2008, 470; Kanervisto 2008, 15–23; Kauppinen 2006, 320; Käypä hoito 2009.) Tässä opinnäytetyössä ei tarkemmin käsitellä kotihappihoitoa, eikä sitä oteta huomioon ohjauksen prosessissa. Kotihappihoito on laaja-alue käsiteltäväksi ja vaatii erityishuomiota, joten se rajataan opinnäytetyön ulkopuolelle.

3 Potilasohjaus

3.1 Ohjaus ja ohjausmenetelmät

Ohjaus voidaan määritellä potilaan sekä hoitajan väliseksi, tavoitteelliseksi toiminnaksi, joka tapahtuu vuorovaikutuksessa. Ohjaukseen vaikuttavat oleellisesti taustatekijät. Ohjaus on käytännöllisen opastuksen antamista tai hoitajan ohjauksen alaisena toimimista. Ohjaus tapahtuu tilanteissa, joissa keskustellaan potilaan terveydentilasta ja siihen asetetuista tavoitteista (Kääriäinen & Kyngäs 2005, 253.) Ohjauksen tarkoituksena on tukea potilasta löytämään omat voimavaransa, saada hänet hoitamaan itseään mahdollisimman hyvin ja kannustaa potilasta ottamaan vastuuta omasta terveydestään. Ohjauksella pyritään parantamaan potilaan kykyä ja aloitteellisuutta sairautensa hoidossa niin, että elämänlaatu kohenee. (Kyngäs ym. 2007, 25.)

Ohjauksessa tulee käyttää uusinta tutkittua tietoa, joka on muokattu käyttökelpoiseksi potilasohjauksen toteuttamiseen. Käypä hoito- ja hoitotyön suositukset toimivat työkaluna sovellettaessa suoraan tutkimustietoa hoitotyöhön. Sairaanhoidajan tulee ylläpitää asiantuntijuutta ja soveltaa uutta tietoa aikaisempaan tietoperustaansa. Laadukkaalla ohjauksella voidaan edistää potilaan terveyttä, mutta sillä on myös kansantaloudellisia ja -terveydellisiä vaikutuksia. Laadukkaan ohjauksen ansiosta hoitokäyntejä, lääkkeiden käyttöä ja sairaspäiviä on saatu vähennettyä. (Kääriäinen & Kyngäs 2005, 256.) Laadukkaalla ohjauksella on todettu olevan vaikutusta potilaan mielialaan vähentämällä sairaudesta johtuvaa masentuneisuutta ja ahdistusta. Laadukkaaseen ohjaukseen kannattaa panostaa, sillä se voi edistää ohjattavan toimintakykyä, hoitoon sitoutumista, elämänlaatua, itsehoitoa, arjessa selviytymistä ja itsenäistä päätöksentekoa. (Kyngäs ym. 2007, 55–56, 145.)

Ohjausprosessia voidaan kuvata neljällä eri vaiheella, jotka ovat tarpeen arviointi, suunnittelu, toteutus ja ohjauksen arviointi. Nämä neljä tekijää muodostavat jatkuvuudellaan ohjausprosessin. Ohjauksen tarpeen määrittelyyn vaikuttavat yksilön- ja yhteisön voimavarat. (Iso- Kivijärvi ym. 2006, 10–11.) Ohjausprosessi voi olla tavoitteellista ongelmienratkaisua, merkityksen luomista, selviytymistä tai potilaan omien kokemustensa reflektointia ja niistä oppimista. Prosessin tarkoituksena on tukea ja auttaa potilasta käsittelemään tilannettaan. (Kääriäinen & Kyngäs 2005, 253, 256.) Vuorovaikutteinen ohjaussuhde etenee sanattoman ja

sanallisen viestinnän avulla. Päämääränä on saavuttaa tilanne, jossa sairaanhoitaja ja potilas ymmärtävät keskustelun samalla tavalla ja saavuttavat yhteisymmärryksen. (Kyngäs ym. 2007, 38–29.) Luottamuksellisen ohjaussuhteen rakentumiseen tarvitaan vuorovaikutustilanteita, joissa potilasta rohkaistaan osallistumaan keskusteluun, annetaan mahdollisuus kysyä ja antaa palautetta. Tämän avulla potilas ja sairaanhoitaja voivat yhdessä suunnitella ohjauksen sisältöä ja prosessia tavoitteiden saavuttamiseksi. (Kääriäinen 2008, 12.)

Asiakkaan voimavaraistumista tukeva ohjaus on potilaan ja sairaanhoitajan yhteistoimintaa, jossa keskeistä ovat potilaan omat tavoitteet, ajanmukaiset tiedot, aiempi kokemuksellinen taito ja motivaatio. Sairaanhoitajan tehtävä on tukea omalla toiminnallaan potilaan yksilöllisiä toimintoja. Sairaanhoitaja tukee terveyttä ylläpitävää ja edistävää toimintaa potilaan omista lähtökohdista, sekä antaa potilaalle tiedollista tukea. Voimavaraistumista tukevassa ohjauksessa ei ole pelkästään kyse potilaan yksilöllisyyttä tukevasta ohjauksesta, vaan sairaanhoitajan ja potilaan yhteistyöstä. Sairaanhoitajan ja potilaan yhteistyössä tarkastellaan potilaan aiempaa toimintaa sekä kokemuksia, jonka pohjalta voidaan lähteä suunnittelemaan terveyttä edistävää toimintaa juuri tämän potilaan kohdalla. Sairaanhoitaja tukee potilasta tiedollisesti vaihtoehtoja läpi käyden, minkä jälkeen potilas tekee itsenäisen päätöksen. Voimavaraistumisessa on tärkeää potilaan omien tavoitteiden määrittäminen ja kyky sitoutua suunniteltuihin tavoitteisiin. Ohjauksen vaikutuksia ja tavoitteiden saavuttamista voidaan arvioida säännöllisillä hoitaja-potilas kontakteilla. (Johansson, Kivistö, Virtanen, Rankinen & Leino-Kilpi 2009, 13–22.) Kriittinen ajattelu auttaa yksilöä tulemaan tietoiseksi omista voimavaroistaan, vaihtoehtoisista toimintavoistaan ja muutoksen mahdollisuuksista elinympäristössään. Näin ohjauksessa voidaan hyödyntää kunkin yksilön omia voimavaroja. (Torkkola 2002, 25.)

Ohjausmenetelmän valinta vaatii tietämystä siitä, mikä on ohjauksen päämäärä ja miten potilas omaksuu asioita. Ohjauksen vaikutuksen varmistamiseksi useiden ohjausmenetelmien käyttö on suositeltavaa. Yksilöohjaus on useimmiten suullisesti annettavaa, koska vuorovaikutusta pidetään yleisesti ottaen ohjauksen kulmakivenä. Yksilöohjauksen tulisi olla kaksisuuntainen vuorovaikutustilanne, jossa potilaalla on mahdollisuus esittää kysymyksiä ja mielipiteitään. Yksilöohjaus on tehokasta oppimisen kannalta, mutta vaatii paljon resursseja. Kuten kaikessa ohjaamisessa yksilöohjaukselle tulisi asettaa tavoitteet, jotka on määritelty yhteistyössä potilaan kanssa. Saavuttamalla pieniäkin tavoitteita, potilas saa onnistumisen kokemuksia, joka motivoi häntä hoitoon. Yksilöohjauksessa keskeistä on potilaan kuunteleminen ja hänen ongelmakohtiinsa vastaaminen, ohjauskeskustelun rakentaminen potilaan tarpeiden pohjalta, potilas tulisi saada mukaan ongelmiensa ratkaisuun. Yksilöohjauksen tukena voidaan käyttää kirjallista materiaalia, jonka tulisi tukea annettua yksilöohjausta. (Kyngäs ym. 2007, 73–87.)

Ryhmäohjaus on yksi käytetyistä ohjausmalleista yksilöohjauksen rinnalla. Ryhmäohjausta voidaan antaa erikokoisille ja eri tarkoituksen mukaisille ryhmille. Ryhmän toiminnalla tulisi olla yhteinen tavoite, joka voi esimerkiksi olla tupakoinnin lopettaminen. Ryhmässä oleminen voi olla potilaalle voimaannuttava kokemus, joka auttaa häntä tavoitteiden saavuttamisessa ja arjessa jaksamisessa. (Kyngäs ym. 2007, 104–107.)

Audiovisuaalinen ohjaus on tiedon ja tuen tarjoamista erilaisten teknisten laitteiden, kuten puhelimen tai tietokoneohjelmien välityksellä. Puhelinohjaus voi olla asiakkaan ensikontakti hoitoon tai hoitajan kontakti potilaaseen hoidon seurannan toteuttamiseksi. Puhelinohjaus voidaan jaotella palveluohjaukseen sekä terveyden- ja sairaudenhoidon ohjaukseen. Puhelinohjauksen tulisi olla suunniteltua ja sitä tulisi arvioida samalla tavalla kuin kaikkea muutakin ohjausta. Lainsäädännön tunteminen on välttämätöntä, koska puhelinohjaukseen liittyy tietosuoja- ja vastuukysymysten tunteminen. Kirjallisen ohjausmateriaalin käyttö on erityisen tarpeellista, jos suulliseen ohjaukseen käytettävä aika on vähentynyt. Näin ollen kirjallisen ohjausmateriaalin käyttö on lisääntynyt lyhentyneiden sairaalassaoloaikojen vuoksi. Kirjallista ohjausmateriaalia voidaan käyttää ennen hoitoon saapumista tai potilas voi tukeutua kirjalliseen materiaaliin ohjauksen jälkeen ja tarkistaa niistä tietoja itsenäisesti. Ohjauksessa muita käytettäviä audiovisuaalisia tapoja ovat videot, äänikasetit, tietoverkot ja joukkoviestintävälineet. (Kyngäs ym. 2007, 116–123.)

Eloranta ym. (2010) tekemän tutkimuksen, avannepotilaan voimavaraistumista tukeva polikliininen ohjaus, kuvataan voimavaraistumista tukevan polikliinisen ohjauksen toteutumista avannepotilaiden ja avannehoitajien näkökulmasta. Tutkimus koostui preoperatiivisista ja postoperatiivisista potilashaastattelusta, sekä hoitajien ohjaustilanteissa dokumentoimista seurantalomakkeista. Tutkimuksessa avannepotilaat kokivat sekä pre-, että postoperatiiviset poliklinikkakäynnit merkityksellisenä tiedon ja tuen saannin kannalta. Ohjaustilanteissa oli käsitelty tiedollisista osa-alueista toiminnallista, biofysiologista, sosiaalista, kokemuksellista ja taloudellista osa-aluetta. Tutkimuksessa selvisi, että eettiset osa-alueet jäivät vähälle käsittelylle ohjaustilanteissa. Haastatteluissa selvisi, että potilaat kokivat tärkeäksi saada konkreettista ohjausta arjessa selviytymiseen. Tutkimuksessa todetaan, että ohjaustilanteissa olisi tärkeää selvittää potilaan omat tiedot hoitoon ja kohteluun liittyvistä oikeudellisista periaatteista, sekä lisäämällä avoimuutta potilassuhteessa, voitaisiin parantaa potilaan ja henkilökunnan yhteistyötä. Ohjauksessa pidetään tärkeänä potilaan psyykkistä tukemista ja tunteiden käsittelyä. Tämä tutkimus kuitenkin osoittaa, että tunteista puhuminen oli vähäistä avannepotilaan polikliinisessä ohjauksessa. Voimavaraistumista tukeva ohjaus toteutui vain osittain tämän tutkimuksen potilailla. (Eloranta, Vähätalo, Rasmus, Elomaa & Johansson 2010, 4–10.)

Tutkimuksessa, potilaiden näkemyksiä saamastaan potilasohjauksesta, tarkoituksena oli selvittää osastoilla ja poliklinikoilla annettua ohjausta potilaiden näkökulmasta. Aineisto oli kerätty yhden sairaalan osastoilta ja poliklinikoilta. Tutkimuksessa saatujen tuloksien perusteella voidaan todeta, että potilaat eivät saaneet mielestään riittävästi ohjausta ennen sairaalaan tuloa, mutta sairaalassa ohjaus oli riittävää. Potilaat kokivat saavansa riittävästi tietoa ja ohjausta omasta sairaudestaan, sen hoitamisesta sekä oireista. Lisätietoja ja ohjausta potilaat olisivat kaivanneet sairauden syistä, ennusteesta ja hoitovaihtoehdoista. Tutkimuksesta ilmenee, että potilaat kokivat sosiaalisen tuen osalta ohjauksen puutteelliseksi ja olisivat kaivanneet lisätietoja vertaistuen saamisesta sekä kokemusten jakamisesta. Potilaat toivoivat, että omaiset pääsisivät osallistumaan enemmän sairaalassa annettavaan ohjaukseen. Ohjaukseen soveltuvat puitteet olivat kunnossa, mutta potilaat kokivat, että ohjaukselle ei ollut riittävästi aikaa. Henkilöstön valmius antaa ohjausta oli kiitettävää, mutta kolmannes potilaista jäi ilman kirjallista ohjausmateriaalia. (Kääriäinen, Kyngäs, Ukkola & Torppa 2005, 10–14.)

Isolan, Backmanin, Saarnion, Kääriäisen ja Kyngäksen tekemän tutkimuksen, iäkkäiden kokemuksia saamastaan potilasohjauksesta erikoissairaanhoidossa, tarkoituksena on kuvata iäkkäiden potilaiden kokemuksia erikoissairaanhoidossa. Aineisto tutkimukseen oli kerätty erikoissairaanhoidon osastoilta ja poliklinikoilta. Tutkimuksesta käy ilmi, että potilaat olivat tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen. Potilaiden mukaan ohjauksessa korostui henkilökohtainen ohjaus ja yleensä se oli lääkärin sekä hoitajan työparina toteuttamaa. Iäkkäät kokivat saaneensa liian vähän ohjausta tukiryhmistä, sairauden syistä ja vertaistuesta. Ohjausta oli saatu riittävästi sairaudesta, hoitotoimenpiteistä ja tutkimuksista. Tutkimuksesta käy ilmi, että iäkkäät potilaat toivoivat omaisten osallistumista ohjaukseen, myös tunteiden käsittelyyn oli toivottu lisäpanostusta. Iäkkäät kokivat tärkeäksi ohjaajan suhtautumisen potilaaseen. Ohjaustilanteelta toivottiin kiireettömyyttä ja ohjaajan toivottiin suhtautuvan potilaaseen kunnioittavasti, sekä heitä kuunnellen. Ohjauksen puutteeksi koettiin käytännön harjoitusten puuttuminen. Iäkkäiden potilaiden heikentyneitä aisti- ja muistitoimintoja ei ollut huomioitu riittävästi, mikä koettiin ohjauksen laatua heikentävänä tekijänä. (Isola, Backman, Saarnio, Kääriäinen & Kyngäs 2007, 51–60.)

3.2 Keuhkohtaumatautipotilaan ohjaus

Potilaan ohjaaminen on hoitotyön interventio, joka kuuluu lain perusteella potilaan oikeuksiin. (Montin 2008, 6.) Laki potilaan asemasta ja oikeuksista on potilasohjauksen taustalla. Lain mukaan potilaalla on oikeus saada tietoa omasta hoidostaan ja terveydentilastaan. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.)

Keuhkohtaumataudin tärkein aiheuttaja on tupakointi, joten mitä runsaampaa tupakansavulle altistuminen on, sitä todennäköisempää on tautiin sairastuminen. (Käypähoito 2009). Taudin ennustetta voidaan parantaa kannustamalla potilasta tupakoinnin lopettamiseen ja tupakoinnin lopettaminen on sitä todennäköisempää, mitä enemmän aikaa ja resursseja ohjaamiseen on käytetty (Käypä hoito 2006). Tupakoinnin lopettamisen tärkeyden korostaminen, siinä tukeminen ja nikotiinikorvaushoidon ohjaus, on keskeinen osa keuhkohtaumatautipotilaan ohjausta (Lipponen, Ukkola, Kanste & kyngäs 2008, 91).

Tupakoinnin lopettamisessa voidaan käyttää joko yksilö- tai ryhmäohjausta. Lääkärin tai sairaanhoitajan antama yksilöohjaus auttaa tupakoinnin lopettamisessa, ja ohjaukseen tulisi olla mahdollisuus jokaisen poliklinikkakäynnin yhteydessä. Yksilöohjauksessa tehokkaimmaksi on todettu yksilöllisesti valitut aineistot, kuin standardimallin mukaan toimiminen. Ryhmäohjaus tupakoinnin lopettamisessa tulisi olla hyvin suunniteltu, joustava, vaihteittain etenevä ja kyseisen ryhmän tarpeet huomioiva. Ryhmäohjauksen menetelmäksi on Käypä hoidon (2006) suosituksen mukaan suositeltu käyttäytymistieteellisiä menetelmiä. Ryhmäohjauksen onnistumiseen vaikuttaa osallistumisaktiivisuus, sukupuoli ja nikotiiniriippuvuuden vaikeus.

Keuhkohtaumatautia sairastava tarvitsee tietoa oireita ehkäisevästä hoidosta, lääkehoidosta ja kuntoutuksesta. Ehkäisevään hoitoon kuuluu tupakoinnin lopettaminen, infektioiden välttäminen, lääkehoidon-, happihoidon-, ja hyvän monipuolisen ravitsemuksen toteuttaminen. Kaikki nämä yhdessä lisäävät keuhkohtaumatautipotilaan itsehoitovalmiuksia. (Kanervisto 2008, 15–23.) Keuhkohtaumatautipotilaiden liikunnalliseen kuntoutukseen on alettu kiinnittää entistä enemmän huomiota. Lihasvoiman ja -kestävyyden parantaminen sekä niiden säilyttäminen on keskeinen osa kuntoutusta. Kuntoutuksella voidaan vaikuttaa hengenahdistukseen, voimattomuuteen ja lisäksi sen on todettu lievittävän masennusta ja ahdistusta. Kuntoutuksen tarkoituksena on lisätä potilaan elämänlaatua ja fyysistä toimintakykyä. (Kanervisto 2008, 15–23; Käypä hoito 2009.)

Pitkäaikaissairauteen kuuluu siihen sopeutuminen, joka merkitsee sitä, että potilas ja hänen läheisensä tarvitsevat sairaanhoitajan tukea. Potilasohjauksessa pyritään aina tuloksellisuuteen, jonka pitäisi perustua hyvään ja luottamukselliseen yhteistyöhön. Potilas tarvitsee omahoidon toteuttamiseen perustiedot kroonisesta keuhkoputkitulehduksesta ja -keuhkohtaumataudista. Sairaanhoitajan ja potilaan välinen vuorovaikutus- ja luottamussuhde lisää potilaan oman elämän hallintaa, sekä arkielämässä selviytymistä potilaan sairauden hoidon lisäksi. Sairaanhoitajan olisi tärkeää tuntea potilaan perheen elämäntavat ja elinolosuhteet, jotta ohjaus saavuttaisi potilaan elämänpiirin ja se olisi helposti toteutettavissa. Ohjatun omahoidon onnistuminen edellyttää hyvän potilasohjauksen lisäksi säännöllistä neuvontaa itse sairaudesta. (Kanervisto & Paavilainen 2005, 11–13.)

Keuhkohtaumatautipotilaan lääkehoidon ohjauksessa keskitytään lääkkeiden vaikutuksiin, sivuvaikutuksiin, mikä lääke on tarkoitettu päivittäiseen käyttöön ja mikä lääke on tarkoitettu otettavaksi tarvittaessa. Lääkkeenottotekniikkaa tulee ohjata ja siihen tulee kiinnittää huomiota käyntien yhteydessä. (Lipponen, Ukkola, Kanste & kyngäs 2008, 91.) Keuhkohtaumatautia sairastavalle voi olla haastavaa tehdä yksilöllisiä omahoito-ohjeita. Taudin paheneminen on yksilöllistä ja lääkemuutoksien tarpeellisuus on näin ollen vaikeasti ennustettavissa. Jokaisen potilaan kohdalla katsotaan yksilöllisesti, miten itsenäisen lääkehoidon toteuttaminen onnistuu. (Säynäjäkangas, Lampela, Pietinalho, Kontula, Tuuponen, & Keistinen 2003, 4729–4731.)

4 Prosessikuvaus

Laamanen (2007) kertoo kirjassaan, että sanaa prosessi käytetään useissa eri merkityksissä. Mitä tahansa muutosta, kehitystä tai toimintaa voidaan ajatella prosessina. Kyseessä lienee ilmiö, jossa kehittyy uusi tapa ymmärtää toimintaa. Prosessit ovat hyödyllinen tapa kehittää organisaation toimintaa. (Laamanen 2007, 10, 19.) Opinnäytetyössä keskitytään eri ammattiryhmien antamaan ohjaukseen, sisältöön, ohjauksen menetelmiin ja toteutukseen, sekä ohjauspolun etenemiseen, tätä prosessia tullaan kuvaamaan QPR ProcessGuide ohjelmalla.

Prosessi, jota kuvataan sisältää joukon toisiinsa liittyviä ja toistuvia toimintoja potilaan hyväksi ja resurssit, joilla ohjausta toteutetaan. Prosessin idea on, että on olemassa jotain pysyvää ja toistuvaa, josta voidaan sopia, ja jota voidaan mallintaa ja kehittää. Lähtökohtana on potilas ja hänen tarpeensa, parhaimmillaan prosessi alkaa ja päättyy potilaaseen. Tämä mahdollistaa potilaan tarpeiden huomioimisen. Prosessikuvauksessa näytetään keuhkohtaumatautipotilaan ohjauksen kulku ja haasteena on kuvata se sujuvasti, koska asiakkailla on erilaisia tarpeita. Prosessikaaviossa pyritään kuvaamaan organisaation toiminnan logiikkaa. (Kvist, Arhomaa, Järvelin & Räikkönen 1995, 77–78; Laamanen 2007, 21–22.) Palveluprosesseissa erityispiirteenä on, että ne vaativat paljon asiantuntemusta ja luovaa toimintaa. Prosessin vaiheet tapahtuvat epämääräisessä järjestyksessä tai saattavat jäädä kokonaan tapahtumatta. (Laamanen 2007, 19–21, 37; Lillrank, Kujala & Parvinen 2004, 118–125.)

Prosessikuvauksessa ei pyritä nostamaan yksittäistä ohjausta esille, vaan keuhkohtaumatautipotilaan ohjauksen kokonaisuutta. Prosessi voi olla sekventaalinen, jolloin tehdään yksi asia kerrallaan, tai rinnakkainen, jolloin asia etenee kahdella tai useammalla tasolla. Prosessin vaiheita voivat olla potilastapahtuma, jolloin potilas on yhteydessä hoidon tuottajaan tai taustatapahtuma, jolloin potilas ei ole yhteydessä

tuottajaan ja tällöin muun muassa tutkitaan näytteitä tai muuta vastaavaa. Potilas- ja taustatapahtumat yhdessä ovat aktiivista aikaa terveydenhuollon piirissä. Potilastapahtumat voivat olla eri ammattiryhmän edustajan pitämiä tai eri paikoissa. (Lillrank ym. 2004, 118–125.)

Potilasprosessin tarkastelu on tärkeää, kun halutaan selvittää hoidon etenemistä ja kestoja. Prosessissa seurataan potilaan etenemistä ohjauksessa, minkälainen aika siihen kuluu, mitä tapahtuu mihinkin aikaan, minkälaisia resursseja siihen käytetään. Prosessikuvauksessa pyritään kuvaamaan, mitä reittejä tarkasteltava potilas kulkee ohjauksessa, minkälaisia sisältöjä ja menetelmiä ohjauksessa on ollut, miten ohjausta toteutetaan ja kuka toimija niihin on kuulunut. (Lillrank ym. 2004, 118–125.)

Koska prosessit luovat järjestystä kaaokseen, sitä voidaan käyttää kehittämään organisaation toimintaa. Laamasen (2007) mukaan prosessien jäsentämisellä saavutetaan erilaisia hyötyjä: yhteistyö asiakkaan kanssa toimii hyvin, asiakas kokee saavansa hyvää palvelua, organisaatiossa toimivat ihmiset ymmärtävät kokonaisuutta, oman roolinsa, toiminnan kehittäminen perustuu organisaation kokonaistavoitteisiin ja asiakkaiden tarpeisiin. Oman roolin näkeminen konkreettisesti auttaa selkiinnyttämään vastuualueita ja työnjako selkiintyy. Kuvaus auttaa arvioimaan omaa osaamista, asiantuntijuutta ja luovuutta. Prosessit olisi hyvä kuvata myös siksi, että kuvaamisen jälkeen niitä voidaan tarkastella ja tarvittaessa muuttaa sujuvammiksi. Tarpeettomia toimintoja ja päällekkäisyyksiä voidaan karsia ja uusien työntekijöiden perehdytyksessä voidaan prosessia käyttää hyödyksi. (Kvist ym. 1995, 77–78.) Potilasturvallisuus paranee läpinäkyvien prosessien ja selkeiden vastuualueiden kautta. (Laamanen 2007, 21–23.)

Prosessikuvaus opinnäytetyössä toteutetaan QPR ProcessGuide ohjelmalla. QPR Software Oyj keskittyy organisaatioiden suorituskyvyn ja prosessien johtamisen ohjelmistotuotteisiin ja asiantuntijapalveluihin. Opinnäytetyössä käytettävä QPR ProcessGuide ohjelma on QPR Software Oyj:n tekemä. QPR ProcessGuide on kokonaisvaltainen ohjelmisto prosessien kuvaamiseen. Prosesseja kuvataan hierarkkisesti oikein ja kokonaisuuksien hahmottaminen käy helpommaksi. (QPR Software Oyj 2008.)

5 Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata keuhkohtaumatautipotilaan ohjauksen prosessi HUS Kolmiosairaalan Keuhkosairauksien poliklinikalla. Tavoitteena on, että prosessikuvauksen avulla Keuhkosairauksien poliklinikka voi kehittää potilasohjaustaan.

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset:

1. Mistä koostuu keuhkohtaumatautipotilaan ohjauksen prosessi Keuhkosairauksien poliklinikalla?
2. Minkälaisia menetelmiä ohjauksessa käytetään?
3. Mikä on keuhkohtaumatautipotilaan ohjauksen sisältö?
4. Mitkä ovat keuhkohtaumatautipotilaan ohjaukseen osallistuvat ammattiryhmät?

6 Opinnäytetyön menetelmälliset ratkaisut

6.1 Tutkimus- ja aineistonkeruumenetelmä

Opinnäytetyön tutkimusmenetelmänä käytettiin kvalitatiivista eli laadullista tutkimusta. Sen yksi keskeinen merkitys on mahdollisuus lisätä ymmärtämystä tutkittavasta ilmiöstä. Monia hoitamisen ilmiöitä ei voi mitata vain määrällisesti tai tutkia tietoa havainnoimalla, usein ilmiön ymmärtämiseksi tarvitaan ihmisten omia kuvauksia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 57.) Laadullista tutkimusmenetelmää käytetään mieluiten silloin, kun halutaan ymmärtää ilmiö kokonaisvaltaisesti. Laadullinen tutkimusote sopii jo olemassa olevaan tutkimusalueeseen, jos siihen halutaan esimerkiksi uusi näkökulma. Tutkimusmenetelmän valintaa määrittävät kysymykset siitä, millaista tietoa tavoitellaan ja mikä on tutkimuksen teoreettinen tavoite. Laadullisen tutkimuksen eri lähestymistapojen yhtäläisenä tavoitteena on löytää tutkimusaineistosta toimintatapoja, samanlaisuuksia tai eroja. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 50)

Opinnäytetyössä pyrkimyksenä oli ymmärtää ja kuvata ohjauksen prosessia ja potilaiden ohjausta Keuhkosairauksien poliklinikan sairaanhoitajien, kuvausten ja toiminnan pohjalta. Lähtökohtana oli, että haluttiin kirjoittamatonta faktatietoa ihmisten toiminnan taustalta. Haastateltavista jätettiin tietoisesti pois sairaanhoitajat, jotka työskentelevät vuodeosastoilla hoitaen keuhkohtaumatautipotilaita. Vuodeosastolla ohjaustilanteet saattavat olla hyvin erilaisia verrattuna Keuhkosairauksien poliklinikalla annettavaan ohjaukseen. Potilailla on osastoilla enemmän ongelmia, joihin tarvitsevat ohjausta, kuin pelkkä keuhkohtaumatauti. (Vilkkä & Airaksinen 2004, 63–64.)

Kun opinnäytetyön suunnitelma oli hyväksytty, tutkimuslupaa haettiin Meilahden sairaalan Medisiinisen tulossyksikön johtavalta ylihoitajalta ja vastaavalta ylilääkäriltä. Tutkimuslupa saatiin juuri ennen joulua 2010, joten haastatteluaajan sopiminen tapahtui vuoden vaihteen

jälkeen. Keuhkosairauksien poliklinikan osastonhoitajaan otettiin yhteyttä sähköpostitse haastatteluajankohdan sopimiseksi. Haastattelu toteutettiin tammikuussa 2011.

Aineiston keräämisen keinona toimi teemahaastattelu. Haastattelu on hyvin joustava menetelmä ja sopii moniin erilaisiin tutkimustarkoituksiin. Teemahaastattelulle on ominaista, että yksityiskohtaisten kysymysten sijaan haastattelu etenee keskeisten teemojen varassa. Tämä tuo haastateltavien äänen paremmin kuuluviin. Teemahaastattelu on puolistrukturoitu haastattelumenetelmä. Käytännössä se tarkoittaa sitä, että haastattelun teemat on valmiiksi suunniteltu. Teemojamme haastattelussa olivat: potilaan ohjauksen prosessi, ohjauksen menetelmät, ohjauksen sisällöt ja ohjaukseen osallistuvat ammattiryhmät. Ne valittiin teoreettisen viitekehyksen ja tutkimuskysymysten pohjalta. Haastateltaville tehtiin varsinaiset haastattelukysymykset, jonka lisäksi teimme itsellemme apukysymyksiä, joilla varmistettiin riittävä tiedonsaanti. Kysymykset olivat koko ryhmälle samat, mutta niitä ei sidottu vastausvaihtoehtoihin, vaan haastateltavat saivat vastastata omin sanoin. Siinä otettiin huomioon ihmisten omat tulkinnat asioista, ja heidän asioille antamat merkitykset olivat keskeisiä. (Hirsjärvi & Hurme 2006, 47–48.)

Haastattelun toteutusmuoto oli ryhmähaastattelu. Ryhmähaastattelu sopi aineiston tiedonkeräykseen, koska sen avulla saatiin nopeasti tietoa usealta vastaajalta samaan aikaan. Ryhmässä olo loi haastatteluun vapautuneemman tunnelman ja siten asioista ol helpompi puhua. Työn haastateltavat olivat Keuhkosairauksien poliklinikan sairaanhoitajia, eli heidän tiedettiin hoitavan keuhkohtaumatautipotilaita. Sairaanhoitajat tuntevat potilaiden hoitokokonaisuuden, sisällön ja ohjauksen kulun, mitkä ovat keskeisiä opinnäytetyön kannalta. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 47–48.)

Haastateltavat valitsi osastonhoitaja annettujen kriteereiden perusteella, jotka oli hänelle etukäteen ilmoitettu. Osastonhoitaja antoi haastateltavien nimet, jotta heille pystyttiin toimittamaan saatekirje (liite 1) ja tema-alueet (liite 3) haastattelua varten. Haastattelutilanteessa sairaanhoitajille kerrattiin opinnäytetyön tarkoitus ja menetelmät, miten heidän vastauksiaan käytetään ja että osallistuminen haastatteluun on vapaaehtoista. Tämän jälkeen osallistujat allekirjoittivat suostumuslomakkeen (liite 2), sekä täyttivät taustatietolomakkeen (liite 4), jossa kysyttiin työkokemus terveydenhuoltoalalla ja Keuhkosairauksien poliklinikalla sekä koulutus.

Haastatteluajaksi oli ilmoitettu yksi tunti, haastattelun alkaessa kuitenkin selvisi, että haastateltavilla oli aikaa osallistua vain puoli tuntia. Kokonaisuudessaan haastattelu kesti 31 minuuttia. Tilaksi oli varattu häiriötön osastonhoitajan huone ja keskeytyksiltä vältyttiin. Haastattelut nauhoitettiin kahdella nauhurilla lisätäksemme aineiston tallentamisen luotettavuutta.

Haastateltavilla sairaanhoitajilla oli työkokemusta vähintään vuosi Keuhkosairauksien poliklinikalla, joka lisäsi aineiston luotettavuutta. Haastatteluun sairaanhoitajat toivat mukanaan teemat, sekä omaa materiaalia, kuten poliklinikalla käytettävän ohjausrungon, sekä kirjallista ohjausmateriaalia. Vastatessaan kysymyksiin, haastateltavat hakivat tukea materiaalista, sekä toisiltaan. Tämä vahvisti ajatusta, että ryhmähaastattelu oli oikea tapa opinnäytetyön aineistonkeruu keinoksi. Haastattelijoina toimi kaksi henkilöä, jotta tilanne eteni aikataulussa. Toinen johti teemaa ja toinen valmisteli uuden teeman aloitusta. Kolmas opinnäytetyön tekijä oli taustalla kirjaamassa ja tarkkailemassa haastattelun kulkua. Pyrkimys oli, että osanottajat kommentoivat ja osallistuivat spontaanisti, ajoittain kysymyksiä piti tarkentaa käyttämällä etukäteen laadittuja apukysymyksiä. Koska haastattelussa oltiin suorassa vuorovaikutuksessa haastateltavaan, loi tämä mahdollisuuden suunnata tiedonhankintaa itse tilanteessa. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 34–35, 63.)

Koska tutkimus oli laadullinen, vastausten suuntia oli vaikea tietää etukäteen. Haastateltaville annettiin mahdollisuus tuoda itseään esille kertomalla vapaasti keuhkoahantaumatipotilaan ohjauksesta ja sen kulusta. Haastateltava oli aktiivinen osapuoli ja hän loi omat merkityksensä asiasta, josta prosessikuvaus tehtiin. Haastattelemalla tähdättiin siihen, että työhön saatiin luotettavaa informaatiota. Haastattelun etuja on myös se, että haastateltavia oli helpompi motivoida, kuin esimerkiksi kyselylomaketta käytettäessä. Aiheiden järjestystä ei tarvinnut juurikaan muuttaa haastattelun edetessä, ajoittain haastateltavat palasivat takaisin aiheisiin, jotka olivat jo käsitelty. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 34–36, 42–43.)

6.2 Aineiston analysointi

Aineiston analyysitavaksi opinnäytetyöhön valittiin sisällönanalyysi, ja siitä induktiivinen muoto. Induktiivisessa, eli aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä sanoja luokitellaan niiden teoreettisen merkityksen perusteella. Mikäli asiasta ei ole juurikaan aikaisempaa tietoa tai tieto on hajanaista, on tutkimuksessa aiheellista käyttää aineistolähtöistä sisällönanalyysiä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 134–135.) Opinnäytetyön aiheesta ei ole aiemmin tehty prosessikuvausta, joten aineistolähtöinen sisällönanalyysi sopi opinnäytetyöhön. Haastattelun jälkeen edessä oli litterointi. Litteroinnin tarkoitus oli saada puhe näkyvään muotoon, joten kirjoitimme nauhoitukset tietokoneelle sanasta sanaan.

Sisällönanalyysillä järjestettiin aineisto tiiviiseen ja selkeään muotoon siten, ettei sen sisältämä informaatio kadonnut analyysin edetessä. Tarkoituksena oli luoda selkeyttä aineistoon, jotta voitaisiin tehdä selkeitä ja luotettavia johtopäätöksiä tutkittavasta ilmiöstä. Aineiston laadullinen käsittely perustui loogiseen päättelyyn ja tulkintaan. Aluksi aineisto

hajotettiin osiin, käsitteellistettiin ja koottiin uudestaan uudella tavalla loogiseksi kokonaisuudeksi. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108.)

Meillä oli melko selkeä käsitys siitä, miten litteroinnin jälkeen edettäisiin. Suunnitelmavaiheessa sisällönanalyysin vaiheisiin oli tutustuttu ja esimerkkejä sisällönanalyysistä saatiin ohjaajilta tapaamisissa. Sisällönanalyysi toteutettiin Tuomi ja Sarajärven (2009, 108–113) ohjeiden mukaisesti. Ensimmäinen vaihe oli aineiston pelkistäminen eli redusointi, siinä aineistoa tiivistettiin ja pilkottiin osiin. Litteroinnin jälkeen oli aukikirjoitettu aineisto, josta pelkistämällä karsittiin pois kaikki epäolennainen. Pelkistämisen aloitettiin alleviivaamalla litteroinnista lauseet, jotka antoivat vastauksia opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin. Jokaiselle tutkimuskysymykselle annettiin oma väri. Tämän jälkeen kaikki lauseet kerättiin erillisille isoille papereille ja lauseet pelkistettiin niin, että jokaisessa lauseessa esiintyi tekijä ja tekeminen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108–109.) Taulukossa 1 näkyy esimerkki pelkistämisestä.

| Alkuperäisilmaus | Pelkistys |
|---|--|
| ...Sitten kun ne lääkkeit ja siinä tietysti niinku, että käydään, tai potilas käy ihan itse ne niin, et hän saa itse niinku kokeilla niitä... | Potilas itse kokeilee lääkkeenottoa |
| ...Ja sit tietysti puhutaan ne lääkkeit, mikä merkitys siinä on ja et miten ne lääkkeit vaikuttaa... | Sairaanhoitaja kertoo lääkkeistä ja niiden vaikutuksista |

Taulukko 1: Esimerkki pelkistämisestä

Kun pelkistykset oli saatu valmiiksi, kaikki kirjoitettiin tietokoneelle ja tulostettiin paperille. Tulostuksista leikattiin pelkistykset erikseen ja ryhdyttiin klusterointiin eli ryhmittelyyn. Ryhmittely on Tuomi ja Sarajärven (2009) analysoinnin toinen vaihe. Ryhmittelyssä aineistosta koodatut pelkistykset käytiin läpi ja aineistosta etsittiin samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Samaa asiaa tarkoittavat käsitteet ryhmiteltiin omaksi luokaksi ja tämän jälkeen nimitettiin sisältöä kuvaavaksi. Luokitellessa aineisto tiivistyi. Ryhmittelemällä luotiin pohjaa kohteena olevan tutkimuksen perusrakenteelle. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 110–112.)

Ensimmäisen ryhmittelyn ja nimeämisen jälkeen emme vielä olleet tyytyväisiä lopputulokseen, joten seuraavalla tapaamisella ryhmittely aloitettiin alusta. Toisella kerralla aineisto oli tutumpaa ja ryhmät syntyivät helpommin. Kirjoitimme ryhmät ja niistä syntyneet alaluokat tietokoneelle. Taulukossa 2 on esimerkki pelkistysten ryhmittelystä ja alaluokkien nimeämisestä.

| | |
|---|------------------------------|
| Pelkistykset | Alaluokka |
| Sairaanhoitaja käy läpi lääkkeitä ja antaa potilaan käsitellä niitä | Lääkkeenottotekniikan ohjaus |
| Sairaanhoitaja näyttää potilaalle kuinka lääkkeitä otetaan | |
| Potilas itse kokeilee lääkkeenottoa | |

Taulukko 2: Esimerkki alaluokan muodostumisesta

Viimeisessä Tuomen ja Sarajärven (2009) kuvailemassa vaiheessa pelkistetyistä ilmauksista saamia ryhmiä nimettiin opinnäytetyön sisältöön sopivalla tavalla, eli ryhmän nimitykset käsitteellistettiin. Käsitteellistämässä erotettiin tutkimuksen kannalta oleellisin tieto ja valikoidun tiedon perusteella muodostettiin teoreettisia käsitteitä. Käsitteellistämässä edettiin alkuperäisessä aineistossa käytetyistä ilmauksista teoreettisiin käsitteisiin ja johtopäätöksiin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 111–113.)

Alaluokkien valmistumisen jälkeen tulostettiin, leikattiin, järjesteltiin, ryhmiteltiin ja käsitteellistettiin alaluokat niin, että saatiin yläluokat tehtyä. Yläluokkia saatiin yhteensä 11 kappaletta. Tuomen ja Sarajärven (2009, 108–113) mukaan käsitteellistämistä jatketaan yhdistelemällä luokituksia niin kauan kuin se on mahdollista ja oleellista. Yhdistelemällä käsitteitä saadaan vastaus tutkimustehtävään. Sisällönanalyysi perustuu tulkintaan ja päättelyyn, missä edetään empiirisestä aineistosta kohti käsitteellisempää näkemystä tutkittavasta kohteesta. Käsitteellistämässä aineisto liitetään teoreettisiin käsitteisiin ja tuloksissa esitetään aineistosta muodostettu käsitejärjestelmä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108–113.) Taulukossa 3 on esimerkki alaluokkien ryhmittelystä ja käsitteellistämisestä yläluokiksi.

| | |
|---|--------------------|
| Alaluokka | Yläluokka |
| Ohjaus lääkehoidosta suullisesti ja kirjallisesti | Lääkehoidon ohjaus |
| Lääkkeenottotekniikan ohjaus | |
| Ohjaus oikea-aikaisesta lääkkeenotosta | |
| Ohjaus lääkkeiden erityiskorvattavuudesta | |
| Hoitavan ja avaavan lääkkeen eron ohjaus | |
| Kannustus säännölliseen lääkkeenottoon | |

Taulukko 3: Esimerkki yläluokkien muodostamisesta

Yläluokkien muodostamisen jälkeen pohdittiin tulisiko yläluokkia vielä tiivistää ja tehdä niille pääluokat. Emme osanneet päättää asiaa, joten kysimme apua ohjaajiltamme, jonka jälkeen

pääloukat päätettiin tehdä. Pääluokkia tuli yhteensä kolme, ohjauksen tarpeen määrittely, ohjauksen toteutus ja hoidon jatkuvuuden varmistaminen. Analyysitaulukko alaluokista pääluokkiin lähetettiin ohjaajien arvioitavaksi ja heiltä saatiin ohjeistusta muokata käsitteitä ymmärrettävämpään ja kuvaavampaan muotoon. Samalla alaluokat ja yläluokat muokkaantuivat. Taulukossa 4 on esimerkki pääluokan kokoamisesta.

| Yläluokka | Pääluokka |
|---|--------------------|
| Sairauden perusohjaus | Ohjauksen toteutus |
| Lääkehoidon ohjaus | |
| Ohjaus liikunnasta, painonhallinnasta ja tupakoinnista | |
| Ohjaus apukeinoista hengenahdistuksessa ja limaisuudessa | |
| Ohjaus pahenemisvaiheen hallitsemisesta | |
| Ohjaus ja motivointi arkielämässä selviytymiseen | |
| Ohjataan fysioterapeutille, ravitsemusterapeutille ja sosiaalioyöntekijälle | |

Taulukko 4: Esimerkki pääluokan muodostamisesta

7 Opinnäytetyön tulokset

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata keuhkohtaumatautipotilaan ohjauksen prosessi HUS Kolmiosairaalan Keuhkosairauksien poliklinikalla. Tavoite saavutettiin haastattelemalla Keuhkosairauksien poliklinikan kolmea sairaanhoitajaa. Haastattelu toteutettiin opinnäytetyön teoreettisesta viitekehyksestä ja tutkimuskysymyksistä muodostuneiden teema-alueiden mukaan. Tutkimuskysymykset olivat: mistä koostuu keuhkohtaumatautipotilaan ohjauksen prosessi Keuhkosairauksien poliklinikalla, minkälaisia menetelmiä ohjauksessa käytetään, mikä on keuhkohtaumatautipotilaan ohjauksen sisältö ja mitkä ovat keuhkohtaumatautipotilaan ohjaukseen osallistuvat ammattiryhmät.

Opinnäytetyössä toteutettu kolmen sairaanhoitajan teemahaastattelu sujui hyvin, mutta aikaisempaa suunnitelmaa jouduttiin hieman muuttamaan. Tunnin haastattelu aika muuttui, kun haastattelun alussa sairaanhoitajat ilmoittivat haastatteluun olevan aikaa vain puoli tuntia. Haastatellut täyttivät kaikki asetetut kriteerit taustatietolomakkeen (liite 4) mukaan. Haastateltavat olivat koulutukseltaan sairaanhoitajia ja heillä oli työkokemusta Keuhkosairauksien poliklinikalla viiden ja 40 vuoden väliltä. Prosessikuvausta käytiin näyttämässä Keuhkosairauksien poliklinikan sairaanhoitajille tuloksien oikeellisuuden varmistamiseksi. Tapaamisessa prosessikuvaukseen tuli muutamia muutoksia, jotka kerrotaan tarkemmin kappaleessa ohjauksen prosessi ja ohjaukseen osallistuvat ammattiryhmät.

Aineiston analysoinnin jälkeen keuhkohtaumatautipotilaan ohjauksen prosessista erotettiin kolme pääluokkaa: ohjauksen tarpeen määrittely, ohjauksen toteutus ja hoidon jatkuvuuden varmistaminen. Ohjaukseen pääasiallisesti osallistuvat lääkäri ja sairaanhoitaja, tarvittaessa muita ammattiryhmiä HUS:sta ja sen ulkopuolelta. Happirikastinta käyttävä potilas saa ohjausta kuntoutusohjaajalta. Keuhkohtaumatautipotilaita ohjataan yleensä yksilöllisesti. Sairaanhoitajat kertoivat haastattelussa, että ryhmäohjaukset on lopetettu sairaanhoidon puolella vähäisen osallistumisen takia. Fysioterapialla on tällä hetkellä kokeiluna ryhmäohjausta. Sairaanhoitajien mukaan keuhkohtaumatautipotilaiden on hankala osallistua ryhmiin hengenahdistuksensa vuoksi. Yksilöohjauksessa sairaanhoitajat käyttävät apuna suullista, kirjallista, demonstraatiota ja audiovisuaalista menetelmää. Lisäksi sairaanhoitaja ja lääkäri ohjasivat myös puhelimitse. Ohjauksen sisältö oli laajaa, päälimmäisenä ohjauksessa nousi esille, kuinka potilas itse voi omalla arkielämällään vaikuttaa sairauteen, esimerkiksi tupakoinnin lopettamisella, liikunnalla, painonhallinnalla, lääkityksellä ja pahenemisvaiheen hallinnalla.

7.1 Ohjauksen prosessi ja ohjaukseen osallistuvat ammattiryhmät

Keuhkohtaumataudin ohjausprosessi on hyvin yksilöllinen jokaisen potilaan kohdalla. Potilaan eteneminen ohjauksessa riippuu paljolti, mistä potilas tulee ja missä vaiheessa hänen sairautensa on. Ohjaus etenee potilaan omien voimavarojen ja oppimiskyvyn mukaan. Keuhkohtaumatautipotilaat voivat tulla poliklinikan potilaaksi esimerkiksi valmiiksi diagnosoituina muualta, pahenemisvaiheen takia uudestaan, osastohoidosta tai happihoidon aloittamisen jälkeen. Jokainen keuhkohtaumatautipotilas käy ohjauksessa tarpeensa mukaan, yleisesti ottaen potilas käy Keuhkosairauksien poliklinikalla kaksi kertaa.

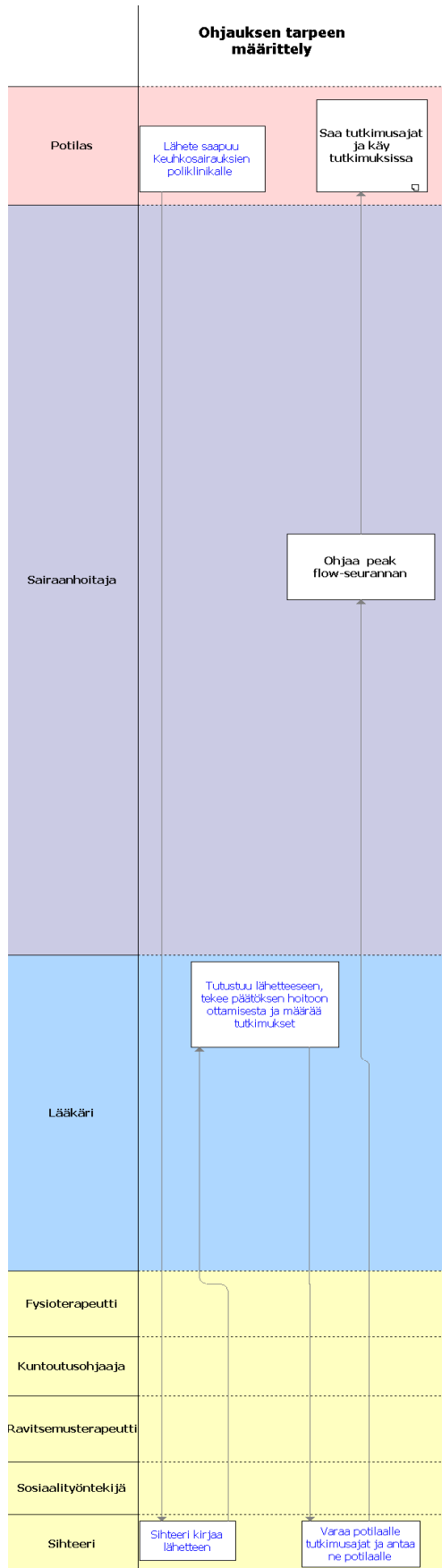
Prosessikuvaus (liite 5) koottiin niin, että analyysissa saadut pääluokat näkyvät kuvauksen ylälaidassa ja osoittavat ohjauksen etenemistä sekä vaihetta. Ohjaukseen osallistuvat ammattiryhmät näkyvät prosessikuvauksen vasemmassa laidassa ja toimintolaatikoissa on

yhdistelmä ylä- ja alaluokista sekä muutamia lisäyksiä, jotka nousivat esille kaaviota näyttäessä. Toimintolaatikoiden välillä kulkee nuolia, jotka osoittavat toimintojen kulun.

Ohjauksen tarpeen määrittely on prosessikuvauksessa ensimmäisenä. Ammattiryhmät, jotka toimivat ensimmäisessä osiossa ovat sairaanhoitaja, lääkäri ja sihteeri. Opinnäytetyön analyysin mukaan potilaan ohjauksen prosessi alkaa, kun potilaan lähete saapuu Keuhkosairauksien poliklinikalle. Sihteeri kirjaa lähetteen ja antaa sen lääkärille, joka tutustuu läheteeseen ja päättää hoitoon otosta. Jos potilas otetaan hoitoon, lääkäri määrää potilaalle tutkimuksia ja sihteeri varaa ajat ja lähettää ne potilaalle.

Ennen ensimmäistä vastaanottoa poliklinikalla, potilas käy diagnoosiin johtavissa tutkimuksissa. Tutkimuksiin kuuluvat spiro- ja diffuusiomittaukset, Peak flow -seuranta, verikokeet, ja röntgenkuva keuhkoista. Haastattelussa sairaanhoitajat toivat esille, että joissakin tapauksissa potilaat ovat käyneet jo tutkimuksissa muualla, jolloin tutkimuksia ei tarvitse uusia. Peak flow -seurannan tekeminen saattaa olla potilaalle ennestään tuttua, jolloin hän tekee seurannan kotonaan. Käydessämme Keuhkosairauksien poliklinikalla näyttämässä prosessikuvausta tuli ilmi, että joskus potilaat käyvät Peak flow -ohjauksessa sairaanhoitajalla ennen ensimmäistä vastaanottoa. Näin toimitaan jos lääkäri on määrännyt Peak flow -seurannan ja potilas ei osaa seurantaa tehdä. Prosessikuvaukseen lisättiin Peak flow -ohjauksen toiminto sairaanhoitajan kohdalle ohjauksen tarpeen määrittelyssä. Tutkimukset kertovat potilaan sairauden tilasta ja sen pohjalta määritellään ohjauksen tarvetta.

Prosessikuvauksessa potilaan ohjauksen tarpeen määrittely -vaihe loppuu, kun tutkimukset on tehty. Ohjauksen tarpeen määrittelyä toteutetaan potilaan ohjauksen jokaisessa vaiheessa, mutta erityisesti tarpeen määrittelyä tehdään ennen ensimmäistä vastaanottoa. Kuvassa yksi näkyy ensimmäisen vaiheen sisältö ja potilaan ohjauksen kulku.



Kuva 1: Ohjauksen tarpeen määrittely prosessikuvauksessa

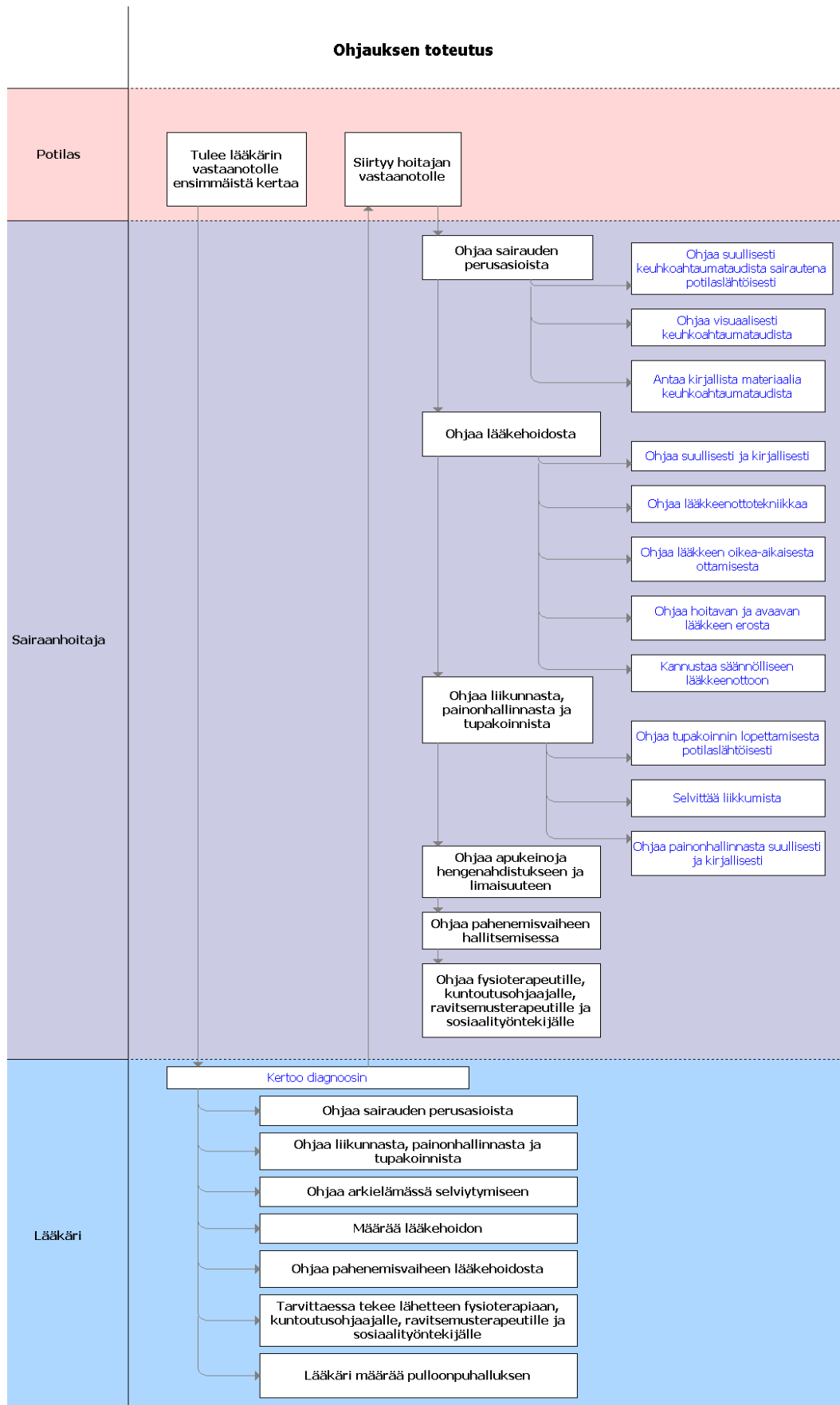
Ohjauksen toteutus alkaa potilaan ensimmäisestä käynnistä. Ohjauksen toteutukseen kuuluvat ammattiryhmät ovat sairaanhoitaja, lääkäri, fysioterapeutti, ravitsemusterapeutti, sosiaalityöntekijä ja sihteeri. Prosessikuvauksesta näkee, että ohjauksen toteutus on iso osa-alue koko prosessista ja siinä esiintyy suurin määrä ohjauksen sisällöistä. Ohjauksen toteutuksen sisältö pyritään käymään läpi potilaan omien tarpeiden ja voimien mukaan kokonaan kahdella käyntikerralla. Sisältöjen järjestys on joustava.

Ensimmäinen käynti alkaa, kun potilas menee lääkärin vastaanotolle. Vastaanotolla lääkäri kertoo potilaan diagnoosin, mikäli se on selvillä ja ohjaa sairauden perusasioista, liikunnasta, painonhallinnasta, tupakoinnin lopettamisesta, arkielämässä selviytymisestä, määrää lääkehoidon ja pulloonpuhalluksen, ohjaa pahenemisvaiheen hoidosta ja tekee lähetteen tarvittaessa fysioterapeutille, ravitsemusterapeutille, kuntoutusohjaajalle ja sosiaalityöntekijälle. Tämän jälkeen potilas siirtyy sairaanhoitajan luokse.

Prosessikuvauksessa ensimmäisellä sairaanhoitajan käynnillä potilaalle kerrataan ja syvennetään lääkärin kertomaa. Lääkäri kertoo kokonaisuudesta lääketieteellisestä näkökulmasta ja sitten sairaanhoitaja syventää tietämystä. Sairaanhoitajan ohjauksen sisältöihin kuuluvat: ohjaus sairauden perusasioista, lääkehoidosta, liikunnasta, painonhallinnasta, tupakoinnin lopettamisesta, apukeinoista hengenahdistukseen ja limaisuuteen, pahenemisvaiheen hallitsemisesta sekä ohjaus fysioterapeutille, ravitsemusterapeutille, kuntoutusohjaajalle ja sosiaalityöntekijälle.

Käydessämme prosessikuvauksen kanssa Keuhkosairauksien poliklinikalla sairaanhoitajat lisäsivät, että lääkäri tekee lähetteen tarvittaessa fysioterapeutille, kuntoutusohjaajalle, ravitsemusterapeutille, sosiaalityöntekijälle ja määrää pulloonpuhalluksen. Sairaanhoitajat kertoivat lääkärin tekevän lähetteen myös silloin, jos sairaanhoitajan huomaa tällaisen tarpeen potilaalla. Lisämuutoksina prosessikuvaukseen tuli sairaanhoitajien lisäys, missä lääkäri määrää lääkehoidon ja ohjaa lääkehoidosta pahenemisvaiheessa.

Potilaan ensimmäisellä vastaanottokäynnillä ohjauksen sisältöjä tulee valtava määrä, mutta jokainen näistä on tärkeä potilaan sairauden hoitamisen kannalta. Potilaan ensimmäinen käynti Keuhkosairauksien poliklinikalla loppuu sairaanhoitajan vastaanoton jälkeen. Kuvassa kaksi on potilaan ensimmäinen käynti.



Kuva 2: Ohjauksen toteutus prosessikuvauksessa ensimmäisellä käynnillä

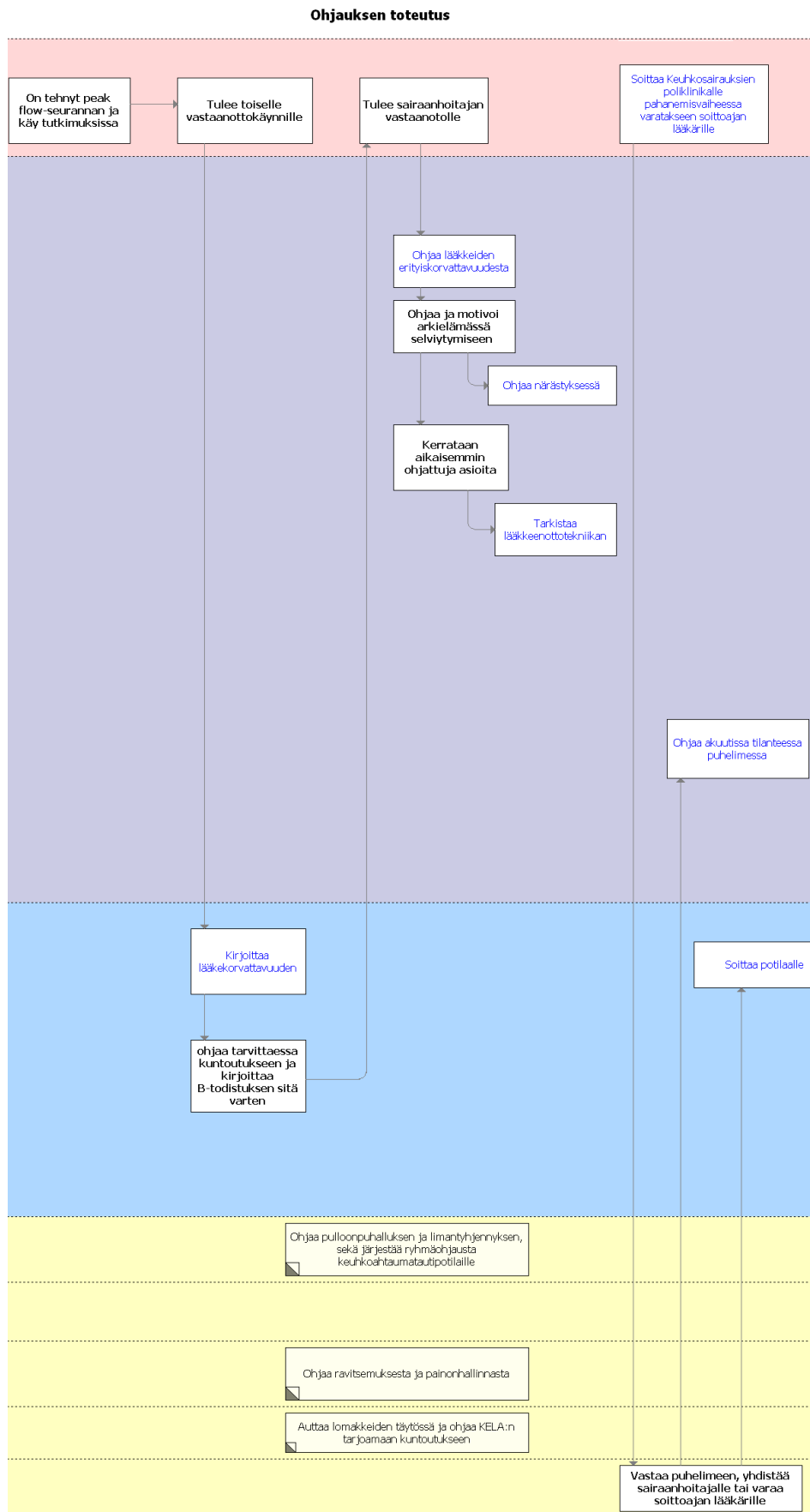
Potilaan toinen vastaanotto alkaa, kun potilas käy määrätyissä tutkimuksissa ja sen jälkeen saapuu lääkärille. Lääkehoidon osuuteen kuuluu erityiskorvattavuuden ohjaus ja toisella käynnillä lääkäri kirjoittaa potilaalle B-lausunnon. Kansaneläkelaitoksen myöntämien tukien aloittaminen on aikaan sidottua, mutta prosessikuvauksessa se on merkitty toisen käynnin asiaksi. Lisäksi lääkäri kertoo vastaanotollansa keuhkohtaumatautipotilaan mahdollisuudesta osallistua kuntoutukseen ja kirjoittaa sitä varten B-todistuksen.

Lääkärin käynnin jälkeen potilas siirtyy sairaanhoitajan vastaanotolle, jossa potilaalle selvennetään lääkekorvattavuutta. Arkielämässä selviytymisen ohjaus ja motivointi toteutetaan toisella käynnillä, koska ensimmäisen käynnin sisältö on erittäin raskas ja aiheet sivuavat arkielämää. Toisella kerralla siis painotetaan potilaan selviytymistä ja kerrataan millä tavalla aikaisemmat ohjauksen sisällöt vaikuttavat jokapäiväiseen elämään. Närästys ja sen hoito otetaan puheeksi arkielämässä selviytymisen yhteydessä. Aikaisempien sisältöjen kertauksen yhteydessä tarkistetaan lääkkeenottotekniikka, jotta lääkkeet vaikuttavat oikealla tavalla.

Prosessikuvauksessa fysioterapeutti, ravitsemusterapeutti ja sosiaalityöntekijä ovat merkittynä toisen käyntikerran kohdalle. Näille asiantuntijaryhmille emme ole asettaneet tarkkaa sijoitusta ohjauksen prosessikuvauksessa, koska potilas ei välttämättä koskaan käy fysioterapeutilla, ravitsemusterapeutilla tai sosiaalityöntekijällä. Potilas lähetetään heidän ohjaukseen jos tarvetta esiintyy ja yleensä yhteydenotto asiantuntijoihin tulee toisella käynnillä.

Potilaan toisen käynnin jälkeen prosessikuvauksessa näytetään potilaan mahdollinen soitto Keuhkosairauksien poliklinikalle. Tätä kohtaa korjattiin, kun prosessikuvausta käytiin näyttämässä haastatelluille sairaanhoitajille. Heidän mukaansa sihteerin ottaa puhelun vastaan ja tarvittaessa yhdistää saman tien sairaanhoitajalle, joka ohjaa akuutissa tilanteessa, tai sihteerin varaa tarvittaessa puhelinsoittoajan lääkärille.

Ohjauksen toteutus on prosessikuvauksessamme jaettu kahteen käyntikertaan. Ensimmäisellä kerralla käydään suurin osa ohjauksen sisällöistä läpi ja mietitään potilaan tarvitsemaa lisäohjausta muilta aikaisemmin mainituilta ammattiryhmiltä. Toisella kerralla sairaanhoitaja syventää ja kertaa edellisiä ohjattuja asioita, muun muassa tarkistaa lääkkeenottotekniikan. Kelan tuet tulevat ajankohtaisiksi yleensä toisella kerralla. Lisäksi prosessikuvauksessa ohjauksen toteutus kohdalla otetaan erikseen esille potilaan soitto Keuhkosairauksien poliklinikalle. Tähän soittoon loppuu ohjauksen toteutus, vaikka toinen käynti jatkuu hoidon jatkuvuuden varmistamisessa. Kuvassa kolme on ohjauksen toteutuksen toinen käynti ja potilaan soitto prosessikuvauksessamme.

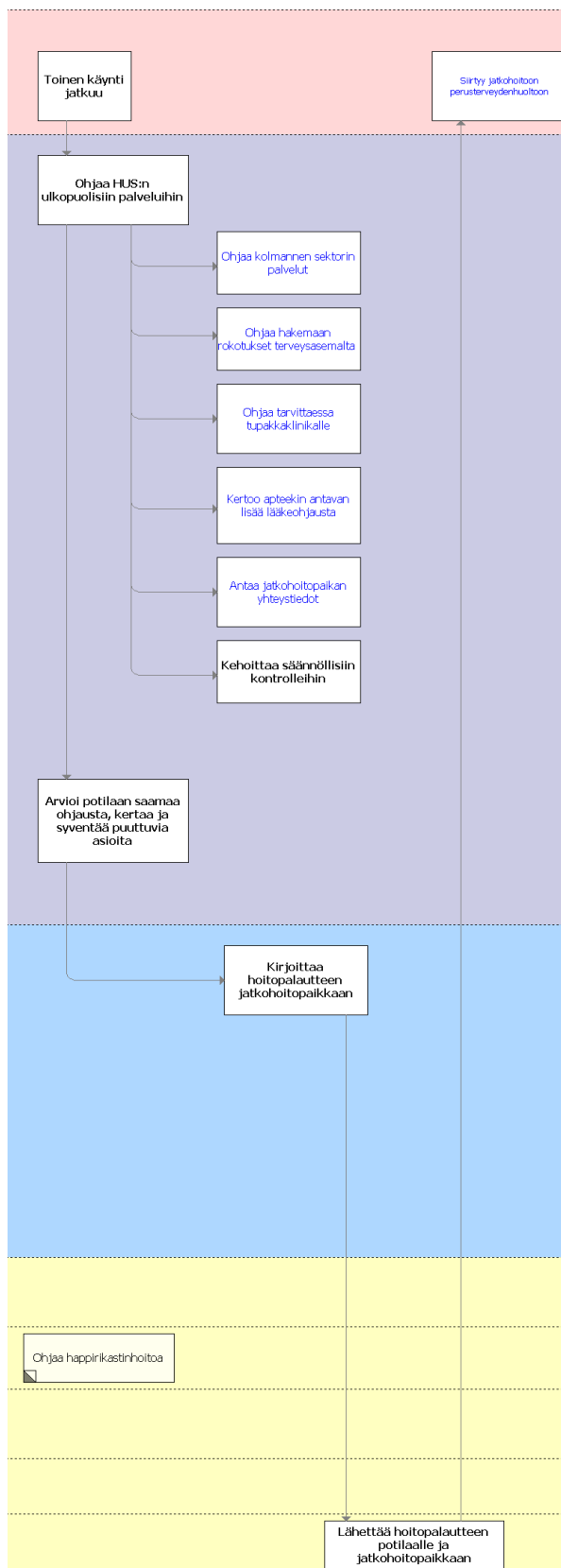


Kuva 3: Ohjauksen toteutus prosessikuvauksessa toisella käynnillä ja potilaan soitto

Viimeinen pääluokka, hoidon jatkuvuuden varmistaminen, jatkuu toisen käynnin yhteydessä. Olemme halunneet erottaa hoidon jatkuvuuden varmistamisen omaksi pääluokaksi, koska keuhkohtaumatautipotilaan kohdalla tämä on tärkeää potilaan sairauden etenemisen kannalta. Hoidon jatkuvuuden varmistamista tapahtuu oikeastaan heti ensimmäisestä käynnistä lähtien, sillä kaikki tieto, joka potilaan tulee omaksua, valmistaa häntä tulevaan, eli sairauden kanssa elämiseen. Ammattiryhmät, jotka esiintyvät hoidon jatkuvuuden varmistamisessa, ovat: sairaanhoitaja, lääkäri, kuntoutusohjaaja ja sihteeri.

Prosessikuvauksessa sairaanhoitaja ohjaa potilasta HUS:n ulkopuolisiin palveluihin, kuten kolmannen sektorin palveluihin, Tupakkaklinikalle, apteekkiin ja jatkohoitopaikkaan perusterveydenhuoltoon. Samalla sairaanhoitaja kehottaa potilasta huolehtimaan säännöllisistä kontroleista. Kun prosessikuvausta näytettiin sairaanhoitajille, he lisäsivät vielä kohdan, jossa sairaanhoitaja arvioi potilaan saamaa ohjausta sekä kertaa ja syventää vielä tarvittaessa opittuja asioita. Kuntoutusohjaaja on merkitty prosessikuvauksessa hoidon jatkuvuuden varmistamiseen, koska potilas tulee olemaan jatkossa kuntoutusohjaajan ohjauksessa happirikastinhoidon takia. Tämän jälkeen lääkäri kirjoittaa hoitopalautteen, jonka sihteeri lähettää potilaalle ja jatkohoitopaikkaan. Tähän loppuu potilaan ohjauksen prosessi Keuhkosairauksien poliklinikalla. Kuvassa neljä näkyy hoidon jatkuvuuden varmistamisen osuus.

Hoidon jatkuvuuden varmistaminen



Kuva 4: Hoidon jatkuvuuden varmistaminen prosessikuvauksessa

7.2 Ohjauksessa käytettävät menetelmät

Analyysissä ilmenevät ohjauksen menetelmät ovat: yksilö- ja ryhmäohjaus, suullinen, kirjallinen, demonstraatio, audiovisuaalinen, kertaus ja puhelin ohjaus menetelmät. Parhaiten eri menetelmien käyttö näkyy analyysitaulukon yläluokassa sairauden perusohjaus. Fysioterapia on ainut, joka käyttää hyväkseen ryhmäohjausta ja sekin on tällä hetkellä vain pilotti kokeilu. Puhelin soitto näkyy erikseen ohjauksen prosessikuvauksessa.

Sairaanhoitaja käyttää sairauden perusasioiden kertomisessa apuna esimerkiksi ”fläppitaulua”, jossa on puhuttu asia visuaalisesti näytettynä. Lisäksi sairaanhoitaja antaa potilaalle erilaisia esitteitä ja ohjeita tukemaan ohjattua asiaa. Keuhkosairauksien poliklinikalla käytetään Hengityслиitto Helin kirjallista materiaalia, josta potilas voi myöhemmin kerrata kuulemaansa.

Lääkkeenottotekniikan ohjaamisessa sairaanhoitaja käyttää demonstraatiomenetelmää hyväkseen. Sairaanhoitaja näyttää potilaalle tarkasti, kuinka lääkkeet tulisi ottaa laitteesta ja sitten harjoittelevat lääkkeenottoa yhdessä potilaan kanssa. Potilas saa itse käsitellä laitetta, jotta se tulisi mahdollisimman tutuksi.

Erilaiset menetelmät sopivat hyvin potilaan motivoimiseen ja kannustamiseen. Keuhkosairauksien poliklinikalla on kokeilu, jossa potilaille jaetaan askelmittareita ja näiden avulla seurataan ja kannustetaan liikkumiseen. Lisäksi sairaanhoitajat käyttävät erilaisia kuvia esimerkkeinä, kuten Pedon käyrä (liite 6), jotta potilas motivoituisi pitämään hyvää huolta itsestään. Pedon käyrästä näkee, kuinka tupakointi ja sen lopettaminen vaikuttaa keuhkohtaumatautiin ja sen etenemiseen.

7.3 Keuhkohtaumatautipotilaan ohjauksen sisältö

Analyysistä huomaa, että keuhkohtaumatautipotilaan ohjauksen sisältö on laajaa ja ohjauksen antamiseen on aikaa kahden käyntikerran ajan. Eniten sisältöjä tulee pääluokassa ohjauksen toteutus. Keuhkosairauksien poliklinikalla annettava ohjaus on hyvin yksilöllistä riippuen potilaan lähtötilanteesta, tiedoista ja voimista. Jokaiselle kerrotaan samat sisällöt vaihtelevassa järjestyksessä. Keuhkohtaumataudin ohjauksen sisällöt ovat hyvin vakinaistuneita Keuhkosairauksien poliklinikalla pitkäaikaisen kokemuksen pohjalta. Sairaanhoitaja antaa ohjausta yhteistyössä lääkärin kanssa.

Ohjauksen tarpeen määrittelyssä yhtenä ohjauksen sisältönä on Peak flow -seuranta. Ennen potilaan ensimmäistä saapumista lääkärin vastaanotolle, sairaanhoitaja on voinut antaa ohjausta Peak flow -seurannasta. Peak flow -seuranta on tärkeä väline arvioitaessa potilaan

hoidon tasapainoa ja lääkkeiden vaikuttavuutta. Peak flown -arvoista huomaa pahenemisvaiheen alun ja potilas voi aloittaa tarpeellisen lisähoidon. Sairaanhoitaja ohjaa Peak flow -laitteen käytön demonstroimalla.

Ohjauksen toteutuksen yhdeksi yläluokaksi analyysitaulukossa muodostui sairauden perusohjaus. Luokkaan sisältyy: Lääkäri kertoo diagnoosin, suullinen ohjaus keuhkohtaumataudista, sairaanhoitaja antaa kirjallista materiaalia keuhkohtaumataudista ja ohjaus visuaalisesti keuhkohtaumataudista. Keuhkohtaumatautipotilaalle on tärkeää selvittää perusasioita sairaudesta, jotta potilas ymmärtäisi, miksi hänen täytyy pitää itsestään huolta. Lääkäri kertoo potilaalle diagnoosin ja mitä se potilaalle tarkoittaa. Sairaanhoitaja syventää ja kertaää lääkärin ohjausta. Perusohjauksessa potilaalle selvitetään muun muassa, mistä sairaus johtuu, mitä keuhkoissa tapahtuu, miksi sairautta ei pystytä parantamaan ja kuinka tärkeää on huolehtia omasta hyvinvoinnista, ettei sairaus etenisi.

Lääkehoito on keuhkohtaumatautipotilaan ohjauksen sisällön tärkeä osa-alue. Lääkkeenoton ohjaus annetaan ensimmäisellä käyntikerralla ja tarvittaessa sitä syvennetään toisella kerralla. Oireisiin sopivilla lääkkeillä ja lääkkeiden oikeaoppisella ottamisella helpotetaan potilaan jokapäiväistä elämää. Lääkäri määrää lääkehoidon ja kertoo yleisesti lääkkeistä, jonka jälkeen sairaanhoitaja syventää potilaan tietoa.

Sairaanhoitaja kertoo lääkkeiden vaikutuksista ja käy läpi, mitä eroa on hoitavalla ja avaavalla lääkkeellä. Potilaalle painotetaan, milloin mitään lääkettä kuuluu ottaa. Varsinkin avaavan lääkkeen oikea-aikainen otto ennaltaehkäisee hengenahdistusta. Sairaanhoitaja kehottaa potilasta säännölliseen lääkkeenottoon, jotta oireet pysyisivät hallinnassa. Erityisesti hoitavan lääkkeen säännöllinen otto pitää keuhkojen tulehdukset hallinnassa. Jotta lääkkeet vaikuttaisivat oikealla tavalla, täytyy lääkkeenottotekniikan olla potilaalla hallussa. Sairaanhoitaja demonstroi potilaalle, kuinka lääkkeet kuuluisi ottaa. Potilas saa harjoitella itse lääkkeenottoa. Tavatessamme sairaanhoitajat prosessikuvauksen kanssa, he kertoivat, että toisella käyntikerralla he tarkastavat säännöllisesti lääkkeenottotekniikan. Tekniikan tarkastus on tärkeää, koska joskus lääkkeenottotekniikka unohtuu ja lääkkeet eivät pääse vaikuttamaan oikealla tavalla.

Lääkehoitoon kuuluu myös erityiskorvattavuuden ohjaus. Lääkäri kertoo potilaalle mahdollisuudesta saada Kelan lääkekorvausta. Sairaanhoitaja ohjaa potilasta lisää lääkekorvattavuus asioista. Lääkäri kirjoittaa B-todistuksen Kelaa varten.

Keuhkohtaumatautipotilaalle liikunnan, painonhallinnan ja tupakoinnin lopettamisen ohjaus ovat sairauden etenemisen ja arkielämän kannalta tärkeitä. Lääkäri kiinnittää vastaanotollaan huomiota potilaan painoon ja liikkumiseen. Ylipaino on haitaksi keuhkojen tilavuudelle ja

vaikuttaa potilaan hengittämistä vielä keuhkohtaumataudin lisäksi. Lääkäri kehottaakin potilaita säännölliseen liikuntaan, koska se estää ylipainon kertymistä ja vahvistaa hengityslihaksia. Sairaanhoidaja kertoo lääkärin kertomaa niiltä osin, missä potilas kaipaa lisäneuvoa. Sairaanhoidaja selvittää potilaan liikkumistottumuksia ja kannustaa liikunnan harrastamiseen. Potilaalle annetaan mukaan esitteitä tukemaan puhuttua asiaa ja motivoimaan laihduttamiseen ja liikkumiseen myös kotioloissa. Ravitsemusterapeutti ohjaa tarvittaessa painonhallinnassa.

Lääkäri kysyy yleensä vastaanotollaan potilaan tupakoinnista. Tupakointitavat on tärkeä selvittää, koska sillä on merkittävä vaikutus keuhkohtaumataudin etenemiseen. Lääkäri kertoo potilaalle tupakoinnin lopettamisen olevan paras menetelmä estää keuhkohtaumataudin paheneminen ja lääkäri kannustaa samalla lopettamiseen. Sairaanhoidajan luona potilasta ja hänen halukkuuttaan lopettaa tupakointi kuulostellaan ja sen mukaan tupakoinnin lopettamisesta ohjataan. Jokaiselle potilaalle mainitaan aina lopettamisen vaikutus omaan hyvinvointiin. Sairaanhoidaja antaa ohjeita ja vinkkejä, jotka voivat kannustaa potilasta jättämään tupakoinnin. Sairaanhoidaja voi ohjata potilasta käyttämään Tupakkaklinikan palveluja, jos potilas on myöntäväinen. Tupakkaklinikka on suunnattu potilaille, jotka kokevat tarvitsevansa lisääpua tupakoinnin lopettamiseen. Tupakkaklinikkapalveluja järjestää osa terveysasemista.

Sairaanhoidaja ohjaa apukeinoja hengenahdistuksen helpottamiseen, siihen kuuluu läheisesti lääkkeiden oikea-aikainen otto ja hengitystekniikan harjoittaminen. Sairaanhoidaja opettaa potilaalle oikeaa hengitystekniikkaa, mikä helpottaa hengityksen kulkemista. Hengenahdistuksessa ja rasituksessa helpottaa huulirakohengittäminen. Näistä ohjeista sairaanhoidaja antaa potilaalle Helin esitteen Hengittäminen. Lääkärin määräyksestä sairaanhoidaja voi antaa myös pulloonpuhallusohjausta. Tarvittaessa fysioterapeutti ohjaa potilasta pulloonpuhalluksessa ja limantyhjennyksessä.

Keuhkohtaumatautipotilas tulee kohtaamaan sairautensa aikana pahenemisvaiheita, esimerkiksi infektioiden yhteydessä. Sairaanhoidaja ja lääkäri valmistavat potilasta ohjaamalla etukäteen pahenemisvaiheen hoidossa. Lääkäri määrää potilaalle valmiiksi antibiootin. Kun pahenemisvaihe alkaa, on potilaan helppo hakea lääke apteekista ja aloittaa se ohjeistuksen mukaisesti. Potilaalle kerrotaan, kuinka toimia pahenemistilanteissa, jotta hän osaisi varautua pelästymättä tilannetta sekä tarvittaessa hakea apua. Sairaanhoidaja ohjaa vielä milloin antibiootti tulee aloittaa. Akuutissa tilanteessa potilas voi soittaa Keuhkosairauksien poliklinikalle, tarvittaessa sairaanhoidaja ohjaa heti puhelimesta ja lääkärille voi varata soittoaajan.

Sairaanhoitaja pyrkii ohjaamaan ja motivoimaan potilasta arkielämässä selviytymiseen. Jokainen ohjauksen sisältö liittyy merkittävästi arkielämässä selviytymiseen, koska niiden avulla potilas pitää itsestään huolta. Mitä paremmin potilas voi, sen paremmin arkielämä sujuu. Sairaanhoitaja kyselee esiintyykö potilaalla närästystä ja ohjaa sen hoidossa. Närästys voi vaikeuttaa keuhkohtaumatautia aiheuttamalla tulehdusta keuhkoihin. Närästys täytyy saada hallintaan. Potilaan arkielämässä selviytymistä tuetaan antamalla tämän hetkisen ja jatkohoitopaikan yhteystiedot, johon olla yhteyksissä hädän tullessa.

Potilaan ohjaukseen osallistuu muitakin ammattiryhmiä kuin lääkäri ja sairaanhoitaja, joilla on suurin vastuu ohjauksesta. Fysioterapeutti ohjaa potilaalle pulloonpuhalluksen, limantyhjennyksen ja järjestää pilottina ryhmäohjausta. Ravitsemusterapeutti auttaa potilasta painonhallinnassa turvaten tarpeellisen energian saannin kulutukseen nähden. Sosiaalityöntekijä auttaa erilaisten lomakkeiden täytössä ja ohjaa potilasta käyttämään Kelan tarjoamaa kuntoutusta. Potilas tarvitsee lääkkeiden erityiskorvattavuuteen ja kuntoutukseen lääkärin kirjoittaman B-lausunnon. Kuntoutusohjaaja on tärkeässä roolissa, kun keuhkohtaumatautipotilaalle suunnitellaan ja ohjataan happirikastinhoitoa.

Keuhkosairauksien poliklinikan sairaanhoitajien mukaan, tavoitteena olisi että potilas siirtyisi pian diagnoosin saamisen ja hoidon käynnistämisen jälkeen jatkohoitoon perusterveydenhuoltoon. Potilasta kannustetaan motivoitumaan omasta hoidostaan, sekä käymään säännöllisissä kontrolleissa terveysasemalla, sillä omahoito on erittäin suuressa roolissa tässä sairaudessa. Jotta potilaan itsestä huolehtiminen onnistuisi, on potilasta ohjattava käyttämään muita tahoja jaksakseen arjessa. Sairaanhoitajat ohjaavat potilasta käyttämään Helin palveluja, sekä tarvittaessa esimerkiksi Tupakkaklinikkaa tukena tupakoinnin lopettamisessa. Ohjaukseen sisältyy olennaisesti ohjaaminen perusterveydenhuoltoon, joka on potilaan jatkohoitopaikka. Keuhkohtaumatautia sairastavaa potilasta myös kehoitetaan hankkimaan tarvittavat rokotteet omalta terveysasemalta.

8 Pohdinta

8.1 Opinnäytetyön eettisyys

Eettinen ajattelu on kykyä pohtia omien sekä yhteisön arvojen kautta sitä, mikä jossakin tilanteessa on oikein tai väärin. Lakien ja eettisten normien tuntemus auttaa konkreettisten ratkaisujen tekemisessä, mutta tutkimusta tehdessä ratkaisusta ja valinnoista kantaa tutkija itse vastuun. Tutkimusetiikka voidaan määritellä tutkijoiden ammattietiikaksi, johon kuuluvat eettiset periaatteet, normit, arvot ja hyveet, joita tutkijan tulee noudattaa. Tutkimusaineistojen keruu, käsittely ja asianmukainen arkistointi liittyvät olennaisesti tiedon luotettavuuteen ja tarkistettavuuteen. (Kuula 2006, 21–24.)

Yksi tieteellisen tutkimuksen eettisen hyväksyttävyyden sekä sen luotettavuuden ja tulosten uskottavuuden edellytys on, että tutkimus on suoritettu hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla. Siihen kuuluu muun muassa, että noudatetaan tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja. Tässä opinnäytetyössä olemme toteuttaneet seuraavia toimintatapoja, joihin kuuluu rehellisyys, yleinen huolellisuus ja tarkkuus tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä, sekä tutkimuksen ja niiden tulosten arvioinnissa. Opinnäytetyössä on sovellettu tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä ja toteutetaan tieteellisen tiedon luonteeseen kuuluvaa avoimuutta tutkimuksen tuloksia julkaistessa. Muiden tutkijoiden työ ja saavutukset otetaan asianmukaisella tavalla huomioon niin, että opinnäytetyössä lähteisiin viitataan asianmukaisesti. Opinnäytetyö suunniteltiin, toteutettiin ja raportoitiin yksityiskohtaisesti, sekä tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten edellyttämällä tavalla, sillä uskottavuus perustuu siihen, että noudatetaan hyvää tieteellistä käytäntöä. Vastuu hyvän tieteellisen käytännön noudattamisesta on itse opinnäytetyön tekijöillä. (Kuula 2006, 34–35.)

Opinnäytetyön tutkimuslupaa haettiin organisaation ohjeiden mukaisesti. Ennen haastattelua tutkittaville selvitettiin tutkimuksen tavoitteet ja menetelmät, joilla tutkimus toteutetaan sairaanhoitajille lähetettävän saatekirjeen (liite 1) avulla. Tutkittavien suojaan kuuluu, että he osallistuvat vapaaehtoisesti, heillä on oikeus kieltäytyä tutkimukseen osallistumisesta, he voivat keskeyttää halutessaan osallistumisensa, sekä jälkikäteen kieltää itseään koskevan aineiston käytön, ja tietää edellä mainitut oikeudet. Haastattelun alussa osallistujille annettiin allekirjoitettavaksi haastatteluosuostumus (liite 2), jossa kerrotaan heidän edellä mainitut oikeudet ja mihin he ovat osallistumassa. Ottamalla mahdolliset ongelmat huomioon, turvattiin osallistujien oikeudet ja hyvinvointi. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 131.)

Osallistujille kerrottiin, että opinnäytetyöhön liittyvät tutkimustiedot ovat luottamuksellisia, niitä ei luovuteta eteenpäin, eikä käytetä muuhun kuin mainittuun tarkoitukseen. Kaikki osallistujat jäivät anonyymeiksi, eikä heitä voida tunnistaa opinnäytetyössä. Eettisyyttä edellyttäen tutkimukseen osallistuvilla on oikeus odottaa tutkijoilta vastuuntuntoa sopimusten noudattamisessa ja rehellisyydessä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 131.) Tutkittavien oikeuksia olemme suojanneet säilyttämällä haastatteluaineiston vain tutkijoiden hallussa. Aineistoa käytettiin ainoastaan tämän opinnäytetyön tekemiseen. Materiaali säilytettiin asianmukaisesti ja tallennettu haastattelu ja alkuperäislitterointi tuhottiin opinnäytetyön valmistumisen jälkeen. Usein kvalitatiivista tutkimusta tehdään yksin, jolloin tutkija tulee sokeaksi omille virheilleen. Tässä opinnäytetyössä oli kolme tekijää, joten aineistoa tuli käytyä läpi useammin ja useamman silmäparin kanssa.

8.2 Luotettavuus opinnäytetyössä

Luotettavuutta kuvaa kuinka hyvin opinnäytetyö tulee vastaamaan todellisuutta. Tutkimuksen voi sanoa olevan luotettava, kun tutkimuskohde ja tulkittu materiaali ovat yhteensopivia. Tähän liittyy, etteivät tulkintaan ole vaikuttaneet epäolennaiset tai satunnaiset tekijät. Tulkinassa pyritään objektiivisuuteen eli tutkijat pyrkivät ymmärtämään ja kuulemaan tiedonantajia itsenään ilman omia oletuksia ja tulkintojaan. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 134–135.)

Luotettavuuteen liittyy olennaisesti, että työskentelyn prosessi tehtiin läpinäkyväksi ja luotettavuutta arvioitiin työn jokaisessa vaiheessa. Tutkimuksen kohde ja tarkoitus tuotiin esille, ja kysymyksiin, mitä olet tutkimassa ja miksi, on vastattu. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 142–145; Vilkkä 2005, 158–159.) Lisäksi Tuomen ja Sarajärven (2009, 141) mukaan tutkimustulokset tulevat selkeämmiksi ja ymmärrettävimmiksi, kun tekemiset kerrotaan yksityiskohtaisen tarkkaan. Tämä auttaa lukijaa arvioimaan tutkimuksen tuloksia, kun he ovat saaneet riittävästi tietoa tutkimuksen toteutuksesta. Opinnäytetyössä pyrittiin lisäämään luotettavuutta sillä, että jokaisessa prosessin vaiheessa pyrittiin raportoimaan etenemistä, tapahtumia ja päätelmiä tarkasti sekä perustellusti. Näin työvaiheet tehtiin läpinäkyviksi lukijalle ja samalla niitä arvioitiin.

Aineistonkeruumenetelmiä ja analyysitapaa pohdittiin ja ne valittiin perustellusti. Luotettavuuden arviointia tehtiin seuraavissa osioissa: haastateltavien valinta, haastattelun kulku, analyysitapa, tutkimusaineiston ryhmittely, tutkimusaineiston luokittelu ja raportointi. Tutkimustulokset tulevat selkeämmiksi ja ymmärrettävimmiksi, kun vaiheet kerrotaan yksityiskohtaisesti. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 142–143; Vilkkä 2005, 158–159.)

Tutkimusaineistoon pyrittiin lisäämään luotettavuutta haastattelemalla kolmen hengen sairaanhoitajaryhmää, näin aineistoa saatiin tarpeellinen määrä työtä varten. Haastateltavat valitsi osastonhoitaja, jolla oli sisäistä tietoa ja kokemusta työntekijöiden kyvyistä osallistua opinnäytetyöhaastatteluun. Luotettavuutta lisäsi asetettut kriteerit, joita olivat vähintään vuoden työkokemus Keuhkosairauksien poliklinikalla ja sairaanhoitajan koulutus. Haastattelun alussa sairaanhoitajia pyydettiin täyttämään taustatietolomake (liite 4), jolla varmistettiin, että kohderyhmäksi valikoitui kriteerien mukaisia sairaanhoitajia. Näillä kriteereillä haastateltaviksi saatiin kokeneita sairaanhoitajia. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 140.)

Haastatteluaika sovittiin osastonhoitajan kanssa. Etukäteen oli ilmoitettu haastattelun kestävän noin tunnin verran. Haastattelun alussa kävi kuitenkin ilmi, että haastateltavilla oli aikaa osallistua vain puolen tunnin verran. Tämä vaikutti haastattelijoiden työskentelyyn, koska kaikki teema-alueet haluttiin käydä läpi mahdollisimman tarkasti ja ajan puute loi tietynlaisen kiiruhtamisen teema-alueissa. Aineisto olisi voinut olla laajempaa pidemmällä haastatteluajalla. Kaikkiin teema-alueisiin saatiin kuitenkin vastauksia.

Tuomen ja Sarajärven suositusten mukaan luotettavuutta lisättiin, kun haastattelu nauhoitettiin kahdella nauhurilla. Näin pyrittiin välttämään ongelmat nauhurien kanssa. Haastattelun aikana oli hieman taustahälinää, mutta se ei vaikuttanut haastatteluun. Itse haastattelutilanne sujui hyvin. Kaikki sairaanhoitajat olivat valmistautuneet tilanteeseen käymällä läpi ennakkoon lähetetyt teema-alueet, joka lisäsi luotettavuutta, kun mahdollisimman paljon ohjaukseen liittyviä asioita tuli esille. Ryhmähaastattelutilanne antoi luotettavuutta opinnäytetyöhön, koska sairaanhoitajat keskustelivat avoimesti toisten sanomisia tukien ja lisäillen keskusteluun mieleen tulevia asioita.

Laadullisen tutkimuksen arviointiin ei ole mitään yksiselitteistä ohjetta. Tuomen ja Sarajärven mukaan (2009, 138–139) luotettavuuden kriteereinä voidaan pitää uskottavuutta, siirrettävyyttä, varmuutta ja vahvistettavuutta. Uskottavuus kertoo vastaako tutkijan tekemä käsitteellistäminen ja tulkinta tutkittavien käsityksiä. Opinnäytetyössämme uskottavuutta testattiin tekemällä face-validiteetti. Valmis prosessikuvaus vietiin Keuhkosairauksien poliklinikalle haastateltujen sairaanhoitajien nähtäväksi. Tällä varmistettiin, että prosessi on ymmärretty oikein. Prosessikuvausta täydennettiin sairaanhoitajien kertoman mukaan, joista on kerrottu tarkemmin opinnäytetyön tulokset kappaleessa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 142.)

Tulosten siirrettävyys toiseen kontekstiin on mahdollista tietyin ehdoin. Tämä on toinen Tuomen ja Sarajärven (2009, 138–139) esille nostama luotettavuuden tekijä. Opinnäytetyössämme olemme tehneet selväksi, minkä yksikön sairaanhoitajia olemme haastatelleet ja minkä potilasryhmän ohjaus on kyseessä. Näiden seikkojen perusteella opinnäytetyön tuloksia voi siirtää toiseen kontekstiin lukijan omalla arvioinnilla.

Luotettavuudessa varmuus kertoo siitä, otetaanko huomioon mahdolliset ennustamattomasti vaikuttavat tekijät (Tuomi & Sarajärvi 2009, 138–139). Opinnäytetyön tekeminen alkoi tutustumalla teoreettiseen viitekehykseen, jonka pohjalta tutkimuskysymykset ja haastattelun teema-alueet tehtiin. Keuhkohtaumatautipotilaan ohjaukseen tutustuminen kuitenkin antoi meille jonkinlaisia ennakkokäsityksiä saamistamme tuloksista. Näiden ennakkokäsitysten kanssa toimittiin varovasti koko opinnäytetyöprosessin ajan. Haastattelussa saadun aineiston luotettavuutta on lisännyt se, että aikaisemman tiedon pohjalta sairaanhoitajille pystyttiin esittämään tarkentavia kysymyksiä. Teimme omista

ennakkokäsityksistämme huolimatta analysointia ja siihen perustuvia tuloksia saamamme aineiston perusteella.

Vahvistuvuus luotettavuudessa tarkoittaa sitä, että tukeeko saadut tulokset jo aiempia tutkimuksia. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 138–139.) Opinnäytetyön viitekehyksessä esitellyt tutkimukset tukivat saatuja tuloksia. Opinnäytetyön tulosten tarkastelussa pohdimme tarkemmin aikaisempien tutkimusten ja opinnäytetyön tuloksien yhteneväisyyttä, joten vahvistuvuus lisää opinnäytetyömme luotettavuutta.

8.3 Opinnäytetyön tulosten tarkastelu

Ohjauksen prosessi keuhkohtaumatautipotilaille Keuhkosairauksien poliklinikalla, on jokaiselle potilaalle erilainen. Potilaat tulevat erilaisia reittejä hoitoon, ja ovat hyvin erilaisissa vaiheissa sairautensa kanssa. Osa potilaista tulee terveyskeskuksista läheteillä, osa tulee oltuaan hoidossa vuodeosastolla ja osalla saattaa olla happirikastin käytössä. Sairaanhoidajat ohjaavat potilaita, joilla on hyvin erilainen tausta ja sairauden vaihe. Keskimäärin potilas käy Keuhkosairauksien poliklinikalla kaksi kertaa. Tavoitteena on, että potilas saa hyvät lähtökohdat itsensä hoitamiseen ja selviytymiseen arkielämässä.

Lähtökohtana prosessissa on potilas ja hänen tarpeensa, ja prosessin tulisi alkaa ja loppua potilaaseen (Laamanen 2007, 21–22). Keuhkosairauksien poliklinikan antama ohjaus on erityisen potilaslähtöistä. Ohjausta antavat ammattiryhmät tietävät oman ja toistensa roolit ohjauksen sisällöstä. Kun sisällöt ovat kaikkien tiedossa, niitä tulee kerrattua useammin ja näin potilas saa tarvittavat tiedot. Annettu ohjaus on johdonmukaista ja samalla se muodostuu potilaan tarpeista.

Laamasen mukaan prosessin vaiheet saattavat olla epämääräisessä järjestyksessä. (Laamanen 2007, 19–21, 37.) Tekemässämme prosessikaaviossa kuvattiin ohjauksen kulku vaihe vaiheelta. Potilaasta ja sairauden vaiheesta riippuu, minkälaisessa järjestyksessä ohjauksen sisällöt toteutetaan. Sairaanhoidajat pitävät kuitenkin muiden ammattiryhmien kanssa huolta, että kaikki ne ohjauksen sisällöt toteutetaan, joita potilas tarvitsee.

Ohjausta annettaessa tulisi käyttää erilaisia menetelmiä, jotta varmistettaisiin ohjauksen paras mahdollinen vaikutus. (Kyngäs ym. 2007, 73–87). Keuhkosairauksien poliklinikalla sairaanhoidajat käyttävät antamassaan ohjauksessa yksilö- ja ryhmäohjausta, suullista, kirjallista, demonstraatiota, audiovisuaalista, kertausta ja puhelinohjausta. Voidaan todeta, että ohjauksessa käytetään monipuolisesti erilaisia menetelmiä, niin kuin Kynkään (2007) mukaan on suotavaa.

Kääriäinen ym. (2005) ja Isola ym. (2007) tekemissä tutkimuksissa ilmeni, että potilaat olisivat kaivanneet lisää vertaistukea ja käytännön harjoitusta. (Kääriäinen ym. 2005, 10–14; Isola ym. 2007, 51–60.) Keuhkosairauksien poliklinikalla vertaistuen saanti jää vähäiseksi, kun ryhmäohjausta ei enää järjestetä. Poliklinikka kuitenkin ohjaa potilaita fysioterapiaan, kuntoutukseen ja Tupakkaklinikalle, missä on mahdollisuus saada vertaistukea. Käytännön harjoitusta potilaat saavat lääkehoidon, pulloonpuhalluksen, limantyhjennyksen ja hengitysharjoitusten yhteydessä. Nämä monipuolistavat Keuhkosairauksien poliklinikalla saatavaa ohjausta.

Iso-Kivijärven ym. (2006) mukaan ohjauksen prosessi rakentuu neljästä eri vaiheesta, jotka ovat tarpeen arviointi, suunnittelu, toteutus ja ohjauksen arviointi. (Iso-Kivijärvi ym. 2006, 10–11.) Opinnäytetyön tuloksista selviää, etteivät suunnitteluvaihe ja ohjauksen arviointi ole tulleet näkyviin opinnäytetyön analyysissä. Keuhkosairauksien poliklinikalla keuhkohtaumatautipotilaan ohjaus on vakinaistunut kokonaisuus, joten varsinainen suunnitteluvaihe ei tule esille analyysissä. Suunnitteluvaihe tavallaan sisältyy ohjauksen tarpeen määrittämiseen. Ohjauksen arviointia ei itsessään tule esille, mutta se luultavimmin sisältyy kertauksen antamisen yhteyteen. Muut vaiheet tulevat näkyviin analysoinnissa.

Käypä hoidon (2006) mukaan ohjaus tupakoinnin lopettamisesta on keskeinen osa keuhkohtaumatautipotilaan ohjausta. Keuhkosairauksien poliklinikalla lääkäri ja sairaanhoitaja ohjaavat tupakoinnin lopettamisen tärkeydestä sekä tupakoinnin lopettamisesta. Käypä hoito (2006) suosittelee tupakoinnin lopettamisen tueksi ryhmäohjausta. (Käypä hoito 2006.) Keuhkosairauksien poliklinikka ei ohjaa tupakoinnin lopettamista ryhmässä, mutta he ohjaavat käyttämään Tupakkaklinikan palveluja, joissa tarjolla on ryhmäohjausta.

Lipponen ym. (2008) kertovat, kuinka keuhkohtaumatautipotilaan lääkehoidon ohjauksessa keskitytään lääkkeiden vaikutuksiin, sivuvaikutuksiin, mikä lääke on tarkoitettu päivittäiseen käyttöön ja mikä lääke on tarkoitettu otettavaksi tarvittaessa. Lääkkeenottotekniikkaa tulee ohjata ja siihen tulee kiinnittää huomiota käyntien yhteydessä. (Lipponen ym. 2008, 91.) Keuhkosairauksien poliklinikalla lääkehoidon ohjaus on iso osa-alue kokonaisohjauksesta. Edellä mainitut lääkkeiden käyttöohjeet käydään toteutuksessa läpi ja jokaisen vastaanoton yhteydessä kiinnitetään erityistä huomiota lääkkeenottotekniikkaan.

Aineistomme mukaan lääkäri ja sairaanhoitaja ohjaavat potilasta kuntoutukseen. Analyysin mukaan kuntoutukseen ohjaaminen jää maininnaksi, vaikka kuntoutuksen tärkeyttä tulisi painottaa. Käypä hoidon mukaan (Käypä hoito 2009) kuntoutuksella voidaan vaikuttaa hengenahdistukseen ja voimattomuuteen, lisäksi sen on todettu lievittävän masennusta ja

ahdistusta. Kanerviston mukaan kuntoutus lisää potilaan itsehoitovalmiuksia. Näiden hyödyntämisestä olisi hyötyä, sekä potilaalle, että ohjaavalle taholle. (Kanervisto 2008, 15–23.)

Opinnäytetyön viitekehyksessä ei tule esille ohjausta kolmannen sektorin palveluihin. Ohjaus HUS:in ulkopuolisiin palveluihin on tärkeä osa hoidon jatkuvuuden varmistamista ja analyysi vaiheessa tuli esille Keuhkosairauksien poliklinikan käyttävän hyväksi kolmannen sektorin palveluja. Keuhkoahantautipotilaita ohjataan Keuhkosairauksien poliklinikalla käyttämään kolmannen sektorin palveluita siirtyessään jatkohoitoon perusterveydenhuoltoon.

8.4 Kehittämisehdotukset ja jatkotutkimusaiheet

Valmiin prosessikuvauksen annamme Keuhkosairauksien poliklinikan käytettäväksi. Prosessikuvauksesta sairaanhoitajat näkevät ohjauksen etenemisen, keston, minkälaisia resursseja, sisältöjä ja menetelmiä ohjaukseen käytetään sekä kuka toimija niihin kuuluu (Lillrank ym. 2004, 118–125). Kuvauksesta selviää ohjauksen kokonaisuus, jonka avulla Keuhkosairauksien poliklinikan henkilökunta voi halutessaan kehittää potilasohjaustaan. Prosessikuvausta voidaan käyttää uusien työntekijöiden perehdyttämiseen.

Opinnäytetyön prosessikuvauksesta näkee, että samat ohjauksen sisällöt toistuvat lääkärin ja sairaanhoitajan kohdalla. Esimerkiksi sairauden perusasioiden ohjaus on molemmilla sama. Kehottaisimme Keuhkosairauksien poliklinikkaa pohtimaan ohjauksen prosessia, ovatko päällekkäisyydet tarpeellisia. Kannattaisiko poliklinikalla selkeyttää sairaanhoitajan ja lääkärin ohjauksien vastuualueiden sisältöjä, ettei samoja asioita turhaan kerrata.

Prosessikuvauksessa tuli esille, että molemmat sairaanhoitaja ja fysioterapeutti ohjaavat limityshjennystä ja pulloonpuhallusta, jonka lääkäri on määrännyt. Mikäli lääkäri määrää pulloonpuhalluksen, voisi potilaan suoraan ohjata fysioterapeutille. Ehdottaisimme Keuhkosairauksien poliklinikalle, että he hyödyntäisivät enemmän fysioterapeutin ammattitaitoa potilasohjauksessa. Analyysin mukaan sairaanhoitajilla on vastuullaan iso osa potilasohjausta, joten olisi tarpeellista jakaa vastuuta ohjauksesta.

Kun prosessikuvausta näytettiin sairaanhoitajille, eräs haastateltu kertoi saaneensa potilailta palautetta. Palautteessa potilaat kokivat tarvitsevänsä enemmän tietoa lääkekorvattavuuksista ja Kelan etuuksista. Ehdottaisimme Keuhkosairauksien poliklinikan hyödyntävän enemmän sosiaalityöntekijää potilasohjauksessa. Jos vastuu lääkekorvattavuuksien ohjaamisesta ja mahdollisesta kuntoutuksesta siirrettäisiin sosiaalityöntekijälle, voisi sairaanhoitaja keskittyä omaan ohjauksen sisältöön. Sosiaalityöntekijän osaamisalueeseen kuuluu juuri nämä alueet.

Jatkotutkimusaiheiksi ehdottaisimme ohjauksen vaikuttavuuden selvittämistä, esimerkiksi tupakoinnin lopettamisesta. Tutkimuksessa voisi selvittää, kuinka moni Keuhkosairauksien poliklinikan potilaista lopetti tupakoinnin saamansa ohjauksen jälkeen. Toinen jatkotutkimus aihe voisi olla keuhkohtaumatautipotilaan hoidon jatkuvuuden selvittäminen perusterveyden huollossa. Kanerviston ja Paavilaisen (2005) mukaan ohjatun omahoidon onnistuminen edellyttää hyvän potilasohjauksen lisäksi säännöllistä neuvontaa itse sairaudesta (Kanervisto & Paavilainen 2005, 11–13). Tutkimuksessa voisi miettiä saavatko potilaat tarvittavia aikoja terveysasemilta ja riittääkö perusterveydenhuollon resurssit ohjaamaan ja kontrolloimaan potilaan vointia säännöllisin väliajoin. Lisäksi aineistossamme puhutaan fysioterapeutin pitämästä pilottiryhmästä keuhkohtaumatautipotilaille. Tutkimusaiheena voisi olla pilottiryhmän onnistuminen ohjauksen menetelmänä potilaiden näkökulmasta

Lähteet

- Ek, K. & Ternestedt, B-M. 2008. Living with chronic obstructive pulmonary disease at the end of life: a phenomenological study. *Journal of Advanced Nursing*. 62(4), 470-478.
http://www.esh.se/fileadmin/erstaskondal/Vardvetenskap/Forskning/Ek__Ternestedt__2008.pdf Viitattu 04.10.2010.
- Eloranta, S., Vähätalo, M., Rasmus, M., Elomaa, L. & Johnasson, K. 2010. Avannepotilaan voimavaraistumista tukeva polikliininen ohjaus. *Tutkiva hoitotyö*, vol. 8,1. 4–10.
- GOLD. 2007. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease.
<http://www.goldcopd.com/guidelineitem.asp?l1=2&l2=1&intid=996>. Viitattu 5.3.2011
- Haug, E., Sand, O., Sjaastad, O. & Toverud, K. 1999. Ihmisen fysiologia. Porvoo: WSOY.
- Helsingin ja uudenmaan sairaanhoitopiiri. 2006. Kolmiosairaanalan kustannusarvion tarkistaminen. Valtuuston pöytäkirja.
<http://asiakirjat.hus.fi/djulkaisu/cgi/DFRAME.ASP?app=3>. Viitattu 4.5.2010.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Isola, A., Backman, . Saarnio, R., Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2007. Iäkkäiden kokemuksia saamastaan potilasohjauksesta erikoissairaanhoidossa. *Hoitotiede*, vol.19,2. 51–60.
- Iso-Kivijärvi, M., Keskitalo, O., Kukkola, K., Ojala, P., Olsbo, A., Pohjola, M. & Väänänen, H. 2006. Hyvä potilasohjaus prosessina. Julkaisussa Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. (toim.) Potilasohjauksen haasteet, käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4/2006. Oulun yliopisto: Oulun yliopistopaino.
- Kanervisto, M. 2008. Keuhkohtaumatautia sairastavan arjessa selviytyminen. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy. <http://acta.uta.fi/pdf/978-951-44-7481-1.pdf>. Viitattu 30.9.2010.
- Kanervisto, M. & Paavilainen, E. 2005. Keuhkohtaumataudin ohjattu omahoito. *Sairaanhoitaja*, 5. 11–13.
- Kankkunen, P. Vehviläinen-Julkunen, K. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYPro Oy.
- Kauppinen, R. Toim. 2006 Sisätautien ytimessä. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Kinnula, V., Brander, P. & Tukiainen, P. Toim. 2005. Keuhkosairaudet. Hämeenlinna: Karisto Oy:n kirjapaino.
- Kivistö, K., Johansson, K., Virtanen, H., Rankinen, S & Leino-Kilpi, H. 2009. Asiakkaan voimavaraistumista tukeva terveysneuvonta työterveyshoitajan työssä. *Hoitotiede*, vol. 21,1. 13–22.
- Koskela, K. 2005. Krooninen keuhkoputkitulehdus ja keuhkohtaumatauti. Artikkel. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00032&p_haku=suomalainen%20terveys. Viitattu 4.5.2010.
- Kuula A. 2006. Tutkimusetiikka. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.
- Kvist, H-H., Arhomaa, S., Järvelin, K. & Räikkönen, J. 1995. Asiakasprosessit miten parannat tulosta prosesseja kehittämällä. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Porvoo: WSOY oppimateriaalit Oy.

Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2005. Käsiteanalyysi ohjaus-käsitteestä hoitotieteessä. Hoitotiede, vol.17,5. 250–257.

Käypähoito. 2009. Keuhkohtaumatauti.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi06040>. Viitattu 23.11.2010.

Käypähoito. 2006. Tupakointi, nikotiiniriippuvuus ja vieroitushoidot.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi40020>. Viitattu 23.11.2010.

Kääriäinen, M., Kyngäs, H., Ukkola, L. & Kaarina, T. 2005. Potilaiden käsityksiä heidän saamastaan ohjauksesta. Tutkiva hoitotyö, vol.3,1. 10–14.

Kääriäinen, M. 2008. Potilasohjauksen laatuun vaikuttavat tekijät. Tutkiva hoitotyö, vol.6,4. 10–14.

Laamanen, K. 2007. Johda liiketoimintaa prosessien verkkona. Keuruu: Otavan kirjapaino.

Lahdensuo, A. & Aho, T. 5.11.2004. Keuhkohtaumatauti (COPD).
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=khp00012. Viitattu 9.9.2010.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 17.8.1992/785.

Lillrank, P., Kujala, J. & Parvinen, P. 2004. Keskeneräinen potilas: Terveystieteiden tuotannonohjaus. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Lipponen, K., Ukkola, L., Kanste, O. & Kyngäs, H.(toim.) 2008. Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyönä tuotetut potilasohjauksen toimintamallit.
http://www.ppshp.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/16314_3_2008.pdf. Viitattu 25.11.2010.

Montin, L. 2008. Potilasohjauksen lähtökohdat. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja A 55. Turku: Turun yliopisto.

Mustajoki, P. & Kaukua, J. 2008. PEF (uloshengityksen huippuvirtaus).
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=snk03203. Viitattu 22.3.2010.

QPR Software Oyj. 2008. QPR ProcessGuide. <http://www.qpr.fi/tuotteet/qpr-processguide.html>. Viitattu 8.9.2010.

Suomen akatemian tutkimuseettiset ohjeet. 2008.
<http://www.aka.fi/Tiedostot/Tiedostot/Julkaisut/Suomen%20Akatemian%20eettiset%20ohjeet%202003.pdf>. Viitattu 6.10. 2010.

Säynäjäkangas, O., Lampela, P., Pietinalho, A., Kontula, E., Tuuponen, T & Keistinen, T. 2003. Keuhkohtaumataudin valtakunnallinen ehkäisy- ja hoito ohjelma-puolivälissä. Suomenlääkärilehti 46. 4729–4731.

Torkkola, S. Toim. 2002. Terveystietä. Vammala: Vammalan kirjapaino Oy.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009 Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Latvia: Livonia print.

Vilkka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy

Vilkka, H. & Airaksinen, T. 2004. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Well life center. Kolmiosairaala-hanke. <http://www.wlc.fi/Kolmiosairaalahanke.htm>. Viitattu 4.5.2010.

Liitteet

Liite 1: Saatekirje sairaanhoitajalle

Laurea-ammattikorkeakoulu
Espoo Otaniemi
Metsänpojankuja 3
02130 Espoo

21.1.2011

Hyvä sairaanhoitaja

Olemme kolme sairaanhoidonopiskelijaa Laurea-ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyötä HUS Kolmiosairaala hankkeessa. Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata keuhkohtaumatautipotilaan ohjauksen prosessi HUS Kolmiosairaalan Keuhkosairauksien klinikalla. Tavoitteena on että prosessikuvauksen avulla Keuhkosairauksien klinikka voi kehittää potilasohjaustaan.

Tarkoituksena on ryhmähaastatella kolmea sairaanhoitajaa. Sairanhoitajat valitsee osastonhoitaja asetettujen kriteerien perusteella. Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista. Teiltä pyydetään suostumus haastatteluun, sekä haastattelun nauhoittamiseen. Haastattelussa antamanne tiedon käsitellään luottamuksellisesti. Nauhat ja alkuperäiset litteroinnit tuhotaan analysoimisen jälkeen. Haastattelu toteutetaan tammikuun aikana. Haastattelu kestää korkeintaan tunnin ja se toteutetaan Keuhkosairauksien klinikan tiloissa. Tutkimuslupaa on haettu asianmukaisesti. Vastaamme mielellämme opinnäytetyötä koskeviin kysymyksiin.

Ystävällisin terveisin

Katri Määttä

Jaana Niinikoski

Katariina Rautiainen

Liite 2: Haastattelusuostumus

Osallistun opinnäytetyöprojektiin, jonka tarkoituksena on kuvata keuhkohtaumatautipotilaan ohjauksen prosessi HUS Kolmiosairaan Keuhkosairauksien klinikalla. Tutkimuksen toteuttavat Katri Määttä, Jaana Niinikoski ja Katariina Rautiainen.

Minulle on selvitetty tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuksessa käytettävät tutkimusmenetelmät. Olen tietoinen siitä, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista.

Annan suostumukseni haastattelun nauhoittamiseen. Samalla suostun siihen, että haastatteluani saa käyttää edellä mainitussa opinnäytetyössä. Opinnäytetyössä ei mainita missään vaiheessa nimeäni eikä siinä ole minusta mitään tunnistettavaa tietoa. Nauhoitukset hävitetään aineiston analysoimisen jälkeen.

Suostun vapaaehtoisesti keuhkohtaumatautipotilaan ohjauksen prosessikuvauksesta tehtävään tutkimukseen. Voin halutessani keskeyttää tutkimukseen osallistumisen milloin tahansa ilman, että minun täytyy perustella keskeyttämistäni.

Päiväys

Tutkittavan allekirjoitus ja nimenselvennys

Liite 3: Haastattelun teemat ja kysymykset

Keuhkohtaumatautipotilaan ohjauksen prosessikuvaus HUS Kolmiosairaan
Keuhkosairauksien klinikalla.

Teemat

Potilaan ohjauksen prosessi

Ohjauksen menetelmät

Ohjauksen sisällöt

Ammattiryhmät, jotka osallistuva ohjaukseen

Kysymykset

1. Mistä koostuu keuhkohtaumatautipotilaan ohjauksen prosessi Keuhkosairauksien klinikalla?
2. Minkälaisia menetelmiä ohjauksessa käytetään?
3. Mikä on keuhkohtaumatautipotilaan ohjauksen sisältö?
4. Mitkä ovat keuhkohtaumatautipotilaan ohjaukseen osallistuvat ammattiryhmät?

Liite 4: Taustatietolomake

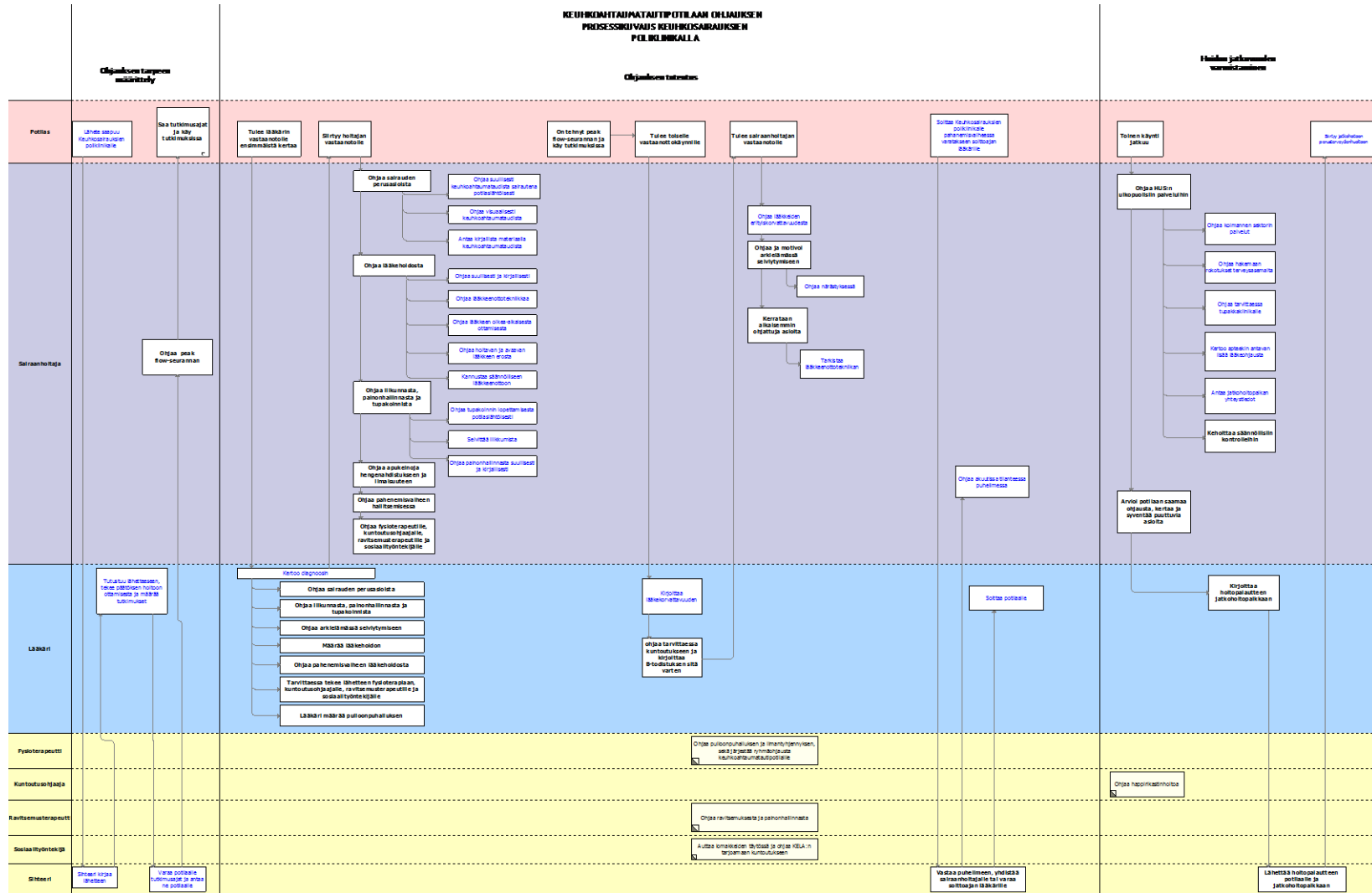
Ikä:____

Koulutus:_____

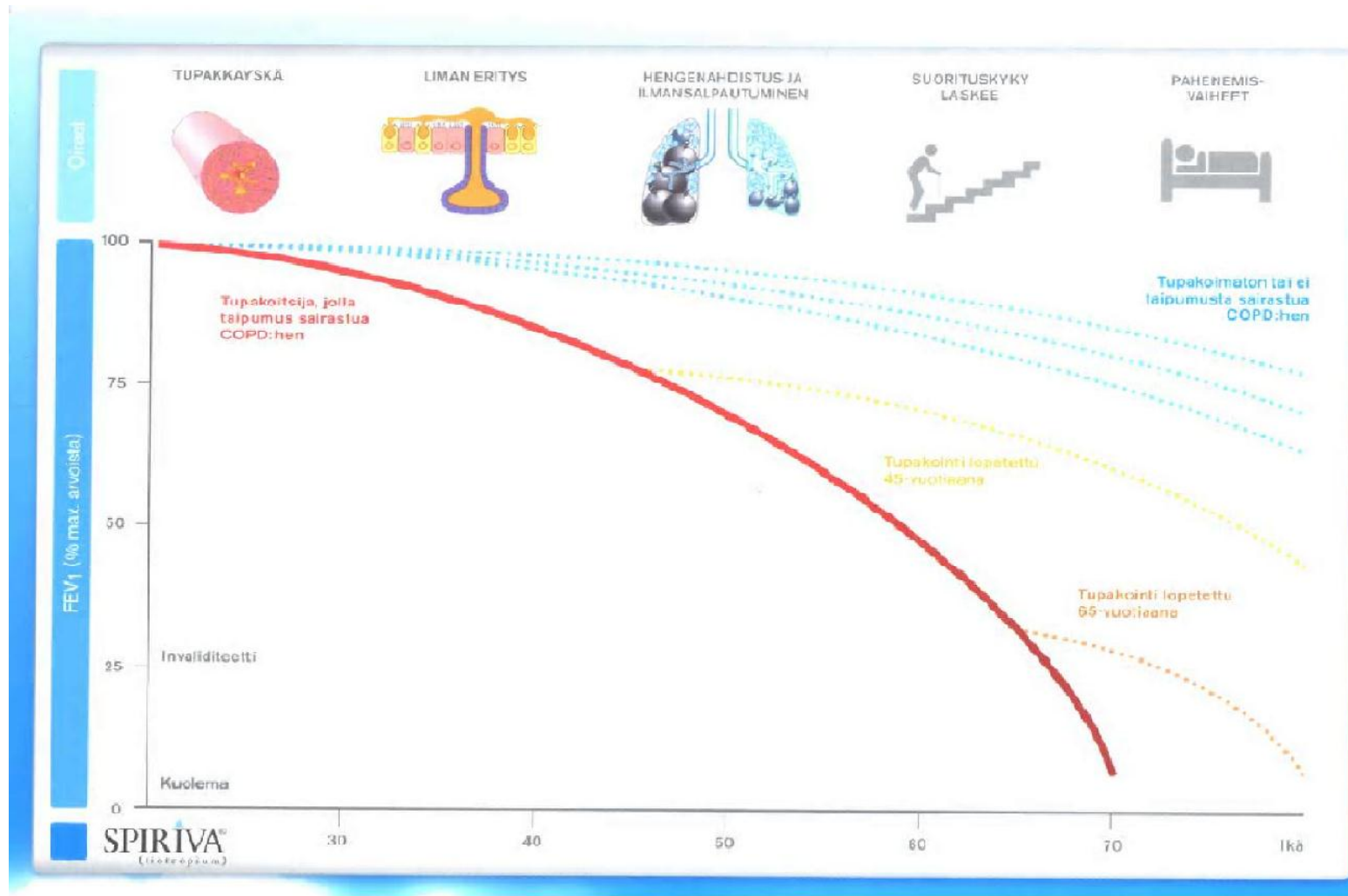
Työkokemus terveydenhuoltoalalla vuosina:_____

Työkokemus Keuhkosairauksien klinikalla:___

Liite 5: Keuhkohtaumatautipotilaan ohjauksen prosessikuvaus



Liite 6: Pedon käyrä



Kuva saatu Keuhkosairauksien poliklinikalta 21.1.2011